

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix-Travail-patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES
BIOMEDICALES

DEPARTEMENT DE SCIENCES
MORPHOLOGIQUES ET
D'ANATOMOPATHOLOGIQUES



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTMENT OF MORPHOLOGICAL
SCIENCES AND ANATOMOPATHOLOGY

EPIDEMIOLOGIE DES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE A YAOUNDE

Thèse rédigée en vue de l'obtention du Doctorat en Médecine Générale par :

NDANGUE EYOUM Dorchrine Rose

Matricule : 16M077

Directeur

Pr NSEME ETOUCKEY Eric

Maître de Conférences

Médecine Légale

Co-directeurs

Dr MEGUIEZE Claude-Audrey

Maître-Assistant

Pédiatrie

Dr MBOUA BATOUM Véronique

Maître-Assistant

Gynécologie-Obstétrique

Année académique 2023-2024

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix-Travail-patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES
BIOMEDICALES

DEPARTEMENT DE SCIENCES
MORPHOLOGIQUES ET
D'ANATOMOPATHOLOGIQUES



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTMENT OF MORPHOLOGICAL
SCIENCES AND ANATOMOPATHOLOGY

EPIDEMIOLOGIE DES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE A YAOUNDE

Thèse rédigée en vue de l'obtention du Doctorat en Médecine Générale par :

NDANGUE EYOUM Dorchrine Rose

Matricule : **16M077**

Date de soutenance: **28 Juin 2024**

Jury de thèse :

Président du jury :

Pr ESSI Marie José
Professeur Titulaire

Santé Publique/Anthropologie Médicale

Rapporteur :

Pr NSEME ETOUCKEY Eric
Maître de Conférences
Médecine Légale

Membres

Pr NTONE Félicien
Psychiatre

Dr EBONG Clifford
Maître-Assistant
Gynécologie-Obstétrique

Equipe d'encadrement :

Directeur

Pr NSEME ETOUCKEY Eric
Maître de Conférences
Médecine Légale

Co-directeurs

Dr MEGUIEZE Claude-Audrey
Maître-Assistant
Pédiatrie

Dr MBOUA BATOUM Véronique
Maître-Assistant
Gynécologie-Obstétrique

Année académique 2023-2024

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE	vi
SERMENT D'HIPPOCRATE	xix
RESUME.....	xx
SUMMARY	xxii
LISTE DES TABLEAUX	xxiv
LISTE DES FIGURES.....	xxvi
LISTE DES ABREVIATIONS, DES SYMBOLES ET DES SIGLES	xxvii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : CADRE GENERAL DE L'ETUDE	4
1. JUSTIFICATION.....	5
2. QUESTION DE RECHERCHE.....	5
3. HYPOTHESE DE RECHERCHE	5
4. OBJECTIFS	5
5. INTERET DE L'ETUDE	5
6. MATRICE DE DIMENSION	5
7. VARIABLES ETUDIEES	7
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE	8
PARTIE I : LES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE.....	9
1. Historique des violences basées sur le genre.....	9
2. Epidémiologie des violences basées sur le genre	11
3. Problématique des violences basées sur le genre	14
4. Typologie des violences basées sur le genre	16
5. Causes et facteurs favorisant des violences basées sur le genre	21
6. Conséquences des VBG.....	25
PARTIE II : ETAT DES CONNAISSANCES SUR LE SUJET	28
1. En Europe	28
2. En Afrique	28
3. Au Cameroun.....	31
CHAPITRE III: MATERIEL ET METHODES	33
1. Type d'étude.....	34
2. Lieu de l'étude.....	34

3. Justification du lieu d'étude	34
4. Durée de l'étude	34
5. Population d'étude.....	34
6. Echantillonnage	34
7. Procédure.....	35
8. Ressources	38
CHAPITRE IV: RESULTATS	39
CHAPITRE V: DISCUSSION	39
CONCLUSION	39
RECOMMANDATIONS	39
REFERENCES.....	39
ANNEXES	39

DEDICACE

Je dédie ce travail,

A mes pères :

Monsieur Emmanuel NJALLE EKOULE

et

Monsieur Paul Alphonse EYOUM EKOULE (de regrettée mémoire)

REMERCIEMENTS

Parvenue au terme de ce travail, en rendant gloire au Seigneur **DIEU Tout Puissant** pour ses grâces dans ma vie, j'adresse ma profonde reconnaissance à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de cet ouvrage, particulièrement et notamment :

- ❖ A mon Maître et directeur de thèse, **Pr NSEME ETOUCKEY Eric**, pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de diriger ce travail. Sous votre direction, j'ai appris le sens du travail bien fait et de la bienveillance envers autrui. Vous êtes un modèle pour nous à travers votre figure paternelle. Votre disponibilité, votre rigueur et votre discipline ont été pour nous une source de motivation quotidienne. Nous donnerons toujours le meilleur pour honorer la profession médicale de par nos connaissances et notre acharnement au travail, tel que vous nous avez appris. Nous ne vous remercierons jamais assez.
- ❖ A ma co-directrice de thèse, **Dr MEGUIEZE Claude-Audrey**, vous nous avez accompagnés depuis le début en nous apportant un soutien inconditionnel. Vous avez été plus qu'un maître, une grande sœur, une oreille attentive et une mère soucieuse du bien-être de ses enfants. Merci infiniment pour votre disponibilité.
- ❖ A ma co-directrice de thèse, **Dr MBOUA BATOUM Véronique**, reconnaissante d'avoir pu bénéficier de vos enseignements durant le temps passé à vos côtés. Je vous remercie pour votre patience, vos encouragements, votre encadrement et vos conseils qui ont amélioré l'élaboration de ce document.
- ❖ Au Doyen de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé, **Pr ZE MINKANDE Jacqueline**, vous avez été un leader exemplaire durant toute notre formation médicale et de notre future carrière. Nous vous en remercions, ainsi que l'ensemble de l'équipe décanale.
- ❖ Aux enseignants de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'UY1, pour l'encadrement tout au long de notre cursus.
- ❖ Aux honorables membres du jury, pour leurs critiques et remarques constructives qui amélioreront la copie finale de ce travail.
- ❖ A Mme EBOLO Paule du CMA de Nkomo, pour son accueil et sa disponibilité durant notre passage dans son service.
- ❖ Aux reponsables des différentes associations de victimes pour l'accueil, leurs conseils et assistances tout au long de mon passage dans leurs locaux.

- ❖ Aux différents responsables des Délégations d'Arrondissement de la Femme et de la Famille, et à leurs assistants pour leur accueil et leur disponibilité.
- ❖ A mères Julienne KWEDI et Cathérine Lore ELONG EKOULE pour l'accompagnement, l'amour, la prière et les conseils dont j'ai bénéficiés de vous, toute ma meilleure reconnaissance.
- ❖ A mes oncles et mes tantes maternelles et paternelles, particulièrement à mon homonyme Rose Claire NDANGUE EKOULE pour son amour et son soutien inconditionnel.
- ❖ A mes frères et sœurs, spécialement aux enfants EKOULE (Ryan, Carhel, Arthur et Dianora), SIKE Adélaïde, NGANDO Cédric, EYOUM Désiré, EWANDE Océanne pour le soutien et les moments de joie.
- ❖ Au couple NGANDO MBAYE pour leur soutien et leur bienveillance.
- ❖ A mes frères et sœurs de cœur, NDI Christelle, EKEH Eugénie, ESSOMBA Grace, ESSAMBA Ornella, FOMBARAH Célestin pour leur amour, conseils et bienveillance.
- ❖ Aux représentants religieux et leurs conjoints pour leurs prières et conseils à tout moment.
- ❖ A mes amies et sœurs MBIA Samira, MAMBO Rose Hillary, MEDJA Urielle, NYAMEDONG Sidoine pour ces moments de vie partagés durant notre parcours.
- ❖ A mes amis BIBUM Albert, Dr ENGOTO Jordan, Dr EKONO Francky, NJOH NSEKE Mélodie.
- ❖ A mes aînés et amis de la FMSB, les Docteurs NKONDO Ernest, MOUAYE Erica, BIDIAS Rose Emmanuelle, WOTOL KIZA Lea, EKONGBO Dominique, NGO KOGLA Muriel et ABWA Erika.
- ❖ A ma nouvelle famille du Laboratoire de Médecine Légales (LML) pour le soutien et à mes binômes NAROM BAISSEIN, NDANGO Peter pour les encouragements pendant nos stages.
- ❖ A mes camarades de promotion, nous avons cheminé ensemble, et malgré les hauts et les bas, nous sommes toujours restés unis, bonne chance à nous !
- ❖ Au Cercle des Etudiants en Médecine Originaires du Littoral (CEMOL) et au Cercle des Etudiants en Médecine Bassa Mpo'o Bati (CEMBAS), j'y ai trouvé une véritable famille.
- ❖ Au Club danse de la FMSB, pour ces exceptionnels moments partagés !
- ❖ Mes infinis remerciements à tous ceux qui n'ont pas pu être cités ici pour leur soutien multiforme.

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE

1. PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

Vice- Doyen chargé de la programmation et du suivi des activités académiques :

Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine Mireille

Vice- Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération : Pr ZEH Odile Fernande

Vice-Doyen chargé de la Scolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants : Pr NGANOU

Chris Nadège épouse GNINDJIO

Chef de la Division des Affaires Académiques, de la Scolarité et de la Recherche :

Dr VOUNDI VOUNDI Esther

Chef de la Division Administrative et Financière : Mme ESSONO EFFA Muriel Glawdis

Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation : Pr NJAMNSHI Alfred KONGNYU

Coordonateur du CESSI : Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

Coordonnateur de la formation Continue : Pr KASIA Jean Marie

Chef de Service Financier : Mme NGAMLI NGOU Mireille Albertine épouse WAH

Chef de Service Adjoint Financier : Mme MANDA BANA Marie Madeleine épouse
ENGUENE

Chef de Service de l'Administration Générale et du Personnel : Pr SAMBA Odette
NGANO ép. TCHOUAWOU

Chef de Service des Diplômes : Mme ASSAKO Anne DOOBA

Chef de Service Adjoint des Diplômes : Dr NGONO AKAM MARGA Vanina

Chef de Service de la Scolarité et des Statistiques : Mme BIENZA Aline

Chef de Service Adjoint de la Scolarité et des Statistiques : Mme FAGNI MBOUOMBO
AMINA épouse ONANA

Chef de Service du Matériel et de la Maintenance : Mme HAWA OUMAROU

Chef de Service Adjoint du Matériel et de la Maintenance : Dr MPONO EMENGUELE
Pascale épouse NDONGO

Bibliothécaire en Chef par intérim : Mme FROUISSOU née MAME Marie-Claire

Comptable Matières : M. MOUMEMIE NJOUNDIYIMOUN MAZOU

2. COORDONNATEURS DES CYCLES ET RESPONSABLES DES FILIERES

Coordonnateur Filière Médecine Bucco-dentaire : Pr BENGONDO MESSANGA Charles

Coordonnateur de la Filière Pharmacie : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

Coordonnateur Filière Internat : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique : Pr SANDO Zacharie

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anesthésie Réanimation : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie Générale : Pr NGO NONGA Bernadette

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Gynécologie et Obstétrique : Pr DOHBIT Julius SAMA

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Médecine Interne : Pr NGANDEU Madeleine

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Pédiatrie : Pr MAH Evelyn MUNGYEH

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique : Pr KAMGA FOUAMNO Henri Lucien

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Radiologie et Imagerie Médicale :

Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Santé Publique : Pr TAKOUGANG Innocent

Point focal projet : Pr NGOUPAYO Joseph

3. DIRECTEURS HONORAIRES DU CUSS

Pr MONEKOSSO Gottlieb (1969-1978)

Pr EBEN MOUSSI Emmanuel (1978-1983)

Pr NGU LIFANJI Jacob (1983-1985)

Pr CARTERET Pierre (1985-1993)

4. DOYENS HONORAIRES DE LA FMSB

Pr SOSSO Maurice Aurélien (1993-1999)

Pr NDUMBE Peter (1999-2006)

Pr TETANYE EKOE Bonaventure (2006-2012)

Pr EBANA MVOGO Côte (2012-2015)

5. PERSONNEL ENSEIGNANT

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES			
1	SOSSO Maurice Aurélien (CD)	P	Chirurgie Générale
2	DJIENTCHEU Vincent de Paul	P	Neurochirurgie
3	ESSOMBA Arthur (CD par Intérim)	P	Chirurgie Générale
4	HANDY EONE Daniel	P	Chirurgie Orthopédique
5	MOUAFO TAMBO Faustin	P	Chirurgie Pédiatrique
6	NGO NONGA Bernadette	P	Chirurgie Générale
7	NGOWE NGOWE Marcellin	P	Chirurgie Générale
8	OWONO ETOUNDI Paul	P	Anesthésie-Réanimation
9	ZE MINKANDE Jacqueline	P	Anesthésie-Réanimation
10	BAHEBECK Jean	MCA	Chirurgie Orthopédique
11	BANG GUY Aristide	MCA	Chirurgie Générale
12	BENGONO BENGONO Roddy Stéphan	MCA	Anesthésie-Réanimation
13	FARIKOU Ibrahima	MCA	Chirurgie Orthopédique
14	JEMEA Bonaventure	MCA	Anesthésie-Réanimation
15	BEYIHA Gérard	MC	Anesthésie-Réanimation
16	EYENGA Victor Claude	MC	Chirurgie/Neurochirurgie
17	GUIFO Marc Leroy	MC	Chirurgie Générale
18	NGO YAMBEN Marie Ange	MC	Chirurgie Orthopédique
19	TSIAGADIGI Jean Gustave	MC	Chirurgie Orthopédique
20	BELLO FIGUIM	MA	Neurochirurgie
21	BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick	MA	Chirurgie Générale
22	FONKOUÉ Loïc	MA	Chirurgie Orthopédique
23	KONA NGONDO François Stéphane	MA	Anesthésie-Réanimation
24	MBOUCHE Landry Oriole	MA	Urologie
25	MEKEME MEKEME Junior Barthelemy	MA	Urologie
26	MULUEM Olivier Kennedy	MA	Orthopédie-Traumatologie

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
27	SAVOM Eric Patrick	MA	Chirurgie Générale
28	AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Générale
29	AMENGLE Albert Ludovic	MA	Anesthésie-Réanimation
30	BIKONO ATANGANA Ernestine Renée	CC	Neurochirurgie
31	BWELE Georges	CC	Chirurgie Générale
32	EPOUPA NGALLE Frantz Guy	CC	Urologie
33	FOUDA Jean Cédric	CC	Urologie
34	IROUME Cristella Raïssa BIFOUNA épouse NTYO'O NKOUMOU	CC	Anesthésie-Réanimation
35	MOHAMADOU GUEMSE Emmanuel	CC	Chirurgie Orthopédique
36	NDIKONTAR KWANJI Raymond	CC	Anesthésie-Réanimation
37	NWAHA MAKON Axel Stéphane	CC	Urologie
38	NYANIT BOB Dorcas	CC	Chirurgie Pédiatrique
39	OUMAROU HAMAN NASSOUROU	CC	Neurochirurgie
40	ARROYE BETOU Fabrice Stéphane	AS	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
41	ELA BELLA Amos Jean-Marie	AS	Chirurgie Thoracique
42	FOLA KOPONG Olivier	AS	Chirurgie
43	FOSSI KAMGA GACELLE	AS	Chirurgie Pédiatrique
44	GOUAG	AS	Anesthésie Réanimation
45	MBELE Richard II	AS	Chirurgie Thoracique
46	MFOUAPON EWANE Hervé Blaise	AS	Neurochirurgie
47	NGOUATNA DJEUMAKOU Serge Rawlings	AS	Anesthésie-Réanimation
48	NYANKOUE MEBOUINZ Ferdinand	AS	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES			
49	SINGWE Madeleine épse NGANDEU (CD)	P	Médecine Interne/Rhumatologie
50	ANKOUANE ANDOULO	P	Médecine Interne/ Hépto-Gastro-Entérologie
51	ASHUNTANTANG Gloria Enow	P	Médecine Interne/Néphrologie
52	BISSEK Anne Cécile	P	Médecine Interne/Dermatologie
53	KAZE FOLEFACK François	P	Médecine Interne/Néphrologie

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
54	KUATE TEGUEU Calixte	P	Médecine Interne/Neurologie
55	KOUOTOU Emmanuel Armand	P	Médecine Interne/Dermatologie
56	MBANYA Jean Claude	P	Médecine Interne/Endocrinologie
57	NDJITTOYAP NDAM Elie Claude	P	Médecine Interne/ Hépato-Gastro-Entérologie
58	NDOM Paul	P	Médecine Interne/Oncologie
59	NJAMNSHI Alfred KONGNYU	P	Médecine Interne/Neurologie
60	NJOYA OUDOU	P	Médecine Interne/Gastro-Entérologie
61	SOBNGWI Eugène	P	Médecine Interne/Endocrinologie
62	PEFURA YONE Eric Walter	P	Médecine Interne/Pneumologie
63	BOOMBHI Jérôme	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
64	FOUDA MENYE Hermine Danielle	MCA	Médecine Interne/Néphrologie
65	HAMADOU BA	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
66	MENANGA Alain Patrick	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
67	NGANOU Chris Nadège	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
68	KOWO Mathurin Pierre	MC	Médecine Interne/ Hépato-Gastro-Entérologie
69	KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine	MC	Médecine Interne/Cardiologie
70	NDONGO AMOUGOU Sylvie	MC	Médecine Interne/Cardiologie
71	DEHAYEM YEFOU Mesmin	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
72	ESSON MAPOKO Berthe Sabine épouse PAAMBOG	MA	Médecine Interne/Oncologie Médicale
73	ETOA NDZIE épouse ETOGA Martine Claude	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
74	MAÏMOUNA MAHAMAT	MA	Médecine Interne/Néphrologie
75	MASSONGO MASSONGO	MA	Médecine Interne/Pneumologie
76	MBONDA CHIMI Paul-Cédric	MA	Médecine Interne/Neurologie
77	NDJITTOYAP NDAM Antonin Wilson	MA	Médecine Interne/Gastroentérologie
78	NDOBO épouse KOE Juliette Valérie Danielle	MA	Médecine Interne/Cardiologie
79	NGAH KOMO Elisabeth	MA	Médecine Interne/Pneumologie
80	NGARKA Léonard	MA	Médecine Interne/Neurologie

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
81	NKORO OMBEDE Grâce Anita	MA	Médecine Interne/Dermatologue
82	OWONO NGABEDE Amalia Ariane	MA	Médecine Interne/Cardiologie Interventionnelle
83	NTSAMA ESSOMBA Marie Josiane épouse EBODE	MA	Médecine Interne/Gériatrie
84	ATENGUENA OBALEMBA Etienne	CC	Médecine Interne/Cancérologie Médicale
85	FOJO TALONGONG Baudelaire	CC	Médecine Interne/Rhumatologie
86	KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
87	MENDANE MEKOBÉ Francine épouse EKOBEA	CC	Médecine Interne/Endocrinologie
88	MINTOM MEDJO Pierre Didier	CC	Médecine Interne/Cardiologie
89	NTONE ENYIME Félicien	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
90	NZANA Victorine Bandolo épouse FORKWA MBAH	CC	Médecine Interne/Néphrologie
91	ANABA MELINGUI Victor Yves	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
92	EBENE MANON Guillaume	AS	Médecine Interne/Cardiologie
93	ELIMBY NGANDE Lionel Patrick Joël	AS	Médecine Interne/Néphrologie
94	KUABAN Alain	AS	Médecine Interne/Pneumologie
95	NKECK Jan René	AS	Médecine Interne
96	NSOUNFON ABDOU WOUOLIYOU	AS	Médecine Interne/Pneumologie
97	NTYO'O NKOUMOU Arnaud Laurel	AS	Médecine Interne/Pneumologie
98	TCHOUANKEU KOUNGA Fabiola	AS	Médecine Interne/Psychiatrie
DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE			
99	ZEH Odile Fernande (CD)	P	Radiologie/Imagerie Médicale
100	GUEGANG GOUJOU. Emilienne	P	Imagerie Médicale/Neuroradiologie
101	MOIFO Boniface	P	Radiologie/Imagerie Médicale
102	ONGOLO ZOGO Pierre	MCA	Radiologie/Imagerie Médicale
103	SAMBA Odette NGANO	MC	Biophysique/Physique Médicale
104	MBEDE Maggy épouse ENDEGUE MANGA	MA	Radiologie/Imagerie Médicale
105	MEKA'H MAPENYA Ruth-Rosine	MA	Radiothérapie
106	NWATSOCK Joseph Francis	CC	Radiologie/Imagerie Médicale Médecine Nucléaire

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
107	SEME ENGOUMOU Ambroise Merci	CC	Radiologie/Imagerie Médicale
108	ABO'O MELOM Adèle Tatiana	AS	Radiologie et Imagerie Médicale
DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE			
109	NGO UM Esther Juliette épouse MEKA (CD)	MCA	Gynécologie Obstétrique
110	FOUMANE Pascal	P	Gynécologie Obstétrique
111	KASIA Jean Marie	P	Gynécologie Obstétrique
112	KEMFANG NGOWA Jean Dupont	P	Gynécologie Obstétrique
113	MBOUDOU Émile	P	Gynécologie Obstétrique
114	MBU ENOW Robinson	P	Gynécologie Obstétrique
115	NKWABONG Elie	P	Gynécologie Obstétrique
116	TEBEU Pierre Marie	P	Gynécologie Obstétrique
117	BELINGA Etienne	MCA	Gynécologie Obstétrique
118	ESSIBEN Félix	MCA	Gynécologie Obstétrique
119	FOUEDJIO Jeanne Hortence	MCA	Gynécologie Obstétrique
120	NOA NDOUA Claude Cyrille	MCA	Gynécologie Obstétrique
121	DOHBIT Julius SAMA	MC	Gynécologie Obstétrique
122	MVE KOH Valère Salomon	MC	Gynécologie Obstétrique
123	METOGO NTSAMA Junie Annick	MA	Gynécologie Obstétrique
124	MBOUA BATOUM Véronique Sophie	CC	Gynécologie Obstétrique
125	MENDOUA Michèle Florence épouse NKODO	CC	Gynécologie Obstétrique
126	NSAHLAI Christiane JIVIR FOMU	CC	Gynécologie Obstétrique
127	NYADA Serge Robert	CC	Gynécologie Obstétrique
128	TOMPEEN Isidore	CC	Gynécologie Obstétrique
129	EBONG Cliford EBONTANE	AS	Gynécologie Obstétrique
130	MPONO EMENGUELE Pascale épouse NDONGO	AS	Gynécologie Obstétrique
131	NGONO AKAM Marga Vanina	AS	Gynécologie Obstétrique
DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE			
132	DJOMOU François (CD)	P	ORL

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
133	EBANA MVOGO Côme	P	Ophtalmologie
134	ÉPÉE Émilienne épouse ONGUENE	P	Ophtalmologie
135	KAGMENI Gilles	P	Ophtalmologie
136	NDJOLO Alexis	P	ORL
137	NJOCK Richard	P	ORL
138	OMGBWA EBALE André	P	Ophtalmologie
139	BILLONG Yannick	MCA	Ophtalmologie
140	DOHVOMA Andin Viola	MCA	Ophtalmologie
141	EBANA MVOGO Stève Robert	MCA	Ophtalmologie
142	KOKI Godefroy	MCA	Ophtalmologie
143	MINDJA EKO David	MC	ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale
144	NGABA Olive	MC	ORL
145	ANDJOCK NKOUE Yves Christian	MA	ORL
146	MEVA'A BIOUELE Roger Christian	MA	ORL-CCF
147	MOSSUS Yannick	MA	ORL-CCF
148	MVILONGO TSIMI épouse BENGONO Caroline	MA	Ophtalmologie
149	NGO NYEKI Adèle-Rose épouse MOUAHA-BELL	MA	ORL-CCF
150	NOMO Arlette Francine	MA	Ophtalmologie
151	AKONO ZOUA épouse ETEME Marie Evodie	CC	Ophtalmologie
152	ASMAOU BOUBA Dalil	CC	ORL
153	ATANGA Léonel Christophe	CC	ORL-CCF
154	BOLA SIAFA Antoine	CC	ORL
155	NANFACK NGOUNE Chantal	CC	Ophtalmologie
DEPARTEMENT DE PEDIATRIE			
156	ONGOTSOYI Angèle épouse PONDY (CD)	MC	Pédiatrie
157	KOKI NDOMBO Paul	P	Pédiatre
158	ABENA OBAMA Marie Thérèse	P	Pédiatrie
159	CHIABI Andreas	P	Pédiatrie

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
160	CHELO David	P	Pédiatrie
161	MAH Evelyn	P	Pédiatrie
162	NGUEFACK Séraphin	P	Pédiatrie
163	NGUEFACK épouse DONGMO Félicitée	P	Pédiatrie
164	NGO UM KINJEL Suzanne épse SAP	MCA	Pédiatrie
165	KALLA Ginette Claude épse MBOPI KEOU	MC	Pédiatrie
166	MBASSI AWA Hubert Désiré	MC	Pédiatrie
167	NOUBI Nelly épouse KAMGAING MOTING	MC	Pédiatrie
168	EPEE épouse NGOUE Jeannette	MA	Pédiatrie
169	KAGO TAGUE Daniel Armand	MA	Pédiatrie
170	MEGUIEZE Claude-Audrey	MA	Pédiatrie
171	MEKONE NKWELE Isabelle	MA	Pédiatre
172	TONY NENGOM Jocelyn	MA	Pédiatrie
DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES			
173	MBOPI KEOU François-Xavier (CD)	P	Bactériologie/ Virologie
174	ADIOGO Dieudonné	P	Microbiologie/Virologie
175	GONSU née KAMGA Hortense	P	Bactériologie
176	LUMA Henry	P	Bactériologie/ Virologie
177	MBANYA Dora	P	Hématologie
178	OKOMO ASSOUMOU Marie Claire	P	Bactériologie/ Virologie
179	TAYOU TAGNY Claude	P	Microbiologie/Hématologie
180	CHETCHA CHEMEGNI Bernard	MC	Microbiologie/Hématologie
181	LYONGA Emilia ENJEMA	MC	Microbiologie Médicale
182	TOUKAM Michel	MC	Microbiologie
183	NGANDO Laure épouse MOUDOUTE	MA	Parasitologie
184	BEYALA Frédérique	CC	Maladies Infectieuses
185	BOUM II YAP	CC	Microbiologie
186	ESSOMBA René Ghislain	CC	Immunologie

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
187	MEDI SIKE Christiane Ingrid	CC	Maladies infectieuses
188	NGOGANG Marie Paule	CC	Biologie Clinique
189	NDOUMBA NKENGUE Annick épouse MINTYA	CC	Hématologie
190	VOUNDI VOUNDI Esther	CC	Virologie
191	ANGANDJI TIPANE Prisca épouse ELLA	AS	Biologie Clinique /Hématologie
192	Georges MONDINDE IKOMEY	AS	Immunologie
193	MBOUYAP Pretty Rosereine	AS	Virologie
DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE			
194	KAMGNO Joseph (CD)	P	Santé Publique /Epidémiologie
195	ESSI Marie José	P	Santé Publique/Anthropologie Médicale
196	TAKOUGANG Innocent	P	Santé Publique
197	BEDIANG Georges Wylfred	MCA	Informatique Médicale/Santé Publique
198	BILLONG Serges Clotaire	MC	Santé Publique
199	NGUEFACK TSAGUE	MC	Santé Publique /Biostatistiques
200	EYEBE EYEBE Serge Bertrand	CC	Santé Publique/Epidémiologie
201	KEMBE ASSAH Félix	CC	Epidémiologie
202	KWEDI JIPPE Anne Sylvie	CC	Epidémiologie
203	MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO	CC	Expert en Promotion de la Santé
204	NJOUMEMI ZAKARIAOU	CC	Santé Publique/Economie de la Santé
205	ABBA-KABIR Haamit-Mahamat	AS	Pharmacien
206	AMANI ADIDJA	AS	Santé Publique
207	ESSO ENDALLE Lovet Linda Augustine Julia	AS	Santé Publique
208	MBA MAADJHOU Berjauline Camille	AS	Santé Publique/Epidémiologie Nutritionnelle
DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE PATHOLOGIQUE			
209	MENDIMI NKODO Joseph (CD)	MC	Anatomie Pathologie
210	SANDO Zacharie	P	Anatomie Pathologie
211	BISSOU MAHOP Josue	MC	Médecine de Sport

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
212	KABEYENE OKONO Angèle Clarisse	MC	Histologie/Embryologie
213	AKABA Désiré	MC	Anatomie Humaine
214	NSEME ETOUCKEY Georges Eric	MC	Médecine Légale
215	NGONGANG Gilbert FranK Olivier	MA	Médecine Légale
216	MENDOUGA MENYE Coralie Reine Bertine épouse KOUOTOU	CC	Anatomopathologie
217	ESSAME Eric Fabrice	AS	Anatomopathologie
DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE			
218	NDONGO EMBOLA épouse TORIMIRO Judith (CD)	P	Biologie Moléculaire
219	PIEME Constant Anatole	P	Biochimie
220	AMA MOOR Vicky Joceline	P	Biologie Clinique/Biochimie
221	EUSTACE BONGHAN BERINYUY	CC	Biochimie
222	GUEWO FOKENG Magellan	CC	Biochimie
223	MBONO SAMBA ELOUMBA Esther Astrid	AS	Biochimie
DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE			
224	ETOUNDI NGOA Laurent Serges (CD)	P	Physiologie
225	ASSOMO NDEMBA Peguy Brice	MC	Physiologie
226	AZABJI KENFACK Marcel	CC	Physiologie
227	DZUDIE TAMDJIA Anastase	CC	Physiologie
228	EBELL'A DALLE Ernest Remy Hervé	CC	Physiologie humaine
DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE			
229	NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD)	MC	Pharmaco-thérapeutique africaine
230	NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
231	ONDOUA NGUELE Marc Olivier	AS	Pharmacologie
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE, MAXILLO-FACIALE ET PARODONTOLOGIE			
232	BENGONDO MESSANGA Charles (CD)	P	Stomatologie
233	EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard	MA	Stomatologie et Chirurgie

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
234	LOWE NANTCHOUANG Jacqueline Michèle épouse ABISSEGUE	CC	Odontologie Pédiatrique
235	MBEDE NGA MVONDO Rose	CC	Médecine Bucco-dentaire
236	MENGONG épouse MONEBOULOU Hortense	CC	Odontologie Pédiatrique
237	NDJOH Jules Julien	CC	Chirurgien Dentiste
238	NOKAM TAGUEMNE M.E.	CC	Médecine Dentaire
239	GAMGNE GUIADEM Catherine M	AS	Chirurgie Dentaire
240	KWEDI Karl Guy Grégoire	AS	Chirurgie Bucco-Dentaire
241	NIBEYE Yannick Carine Brice	AS	Bactériologie
242	NKOLO TOLO Francis Daniel	AS	Chirurgie Bucco-Dentaire
DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE			
243	NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)	P	Pharmacognosie /Chimie pharmaceutique
244	NGAMENI Bathélémy	P	Phytochimie/ Chimie Organique
245	NGOUPAYO Joseph	P	Phytochimie/Pharmacognosie
246	GUEDJE Nicole Marie	MC	Ethnopharmacologie/Biologie végétale
247	BAYAGA Hervé Narcisse	AS	Pharmacie
DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE			
248	ZINGUE Stéphane (CD)	MC	
249	FOKUNANG Charles	P	Biologie Moléculaire
250	TEMBE Estella épse FOKUNANG	MC	Pharmacologie Clinique
251	ANGO Yves Patrick	AS	Chimie des substances naturelles
252	NENE AHIDJO épouse NJITUNG TEM	AS	Neuropharmacologie
DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE			
253	NNANGA NGA Emmanuel (CD)	P	Pharmacie Galénique
254	MBOLE Jeanne Mauricette épse MVONDO M.	CC	Management de la qualité, Contrôle qualité des produits de santé et des aliments
255	NYANGONO NDONGO Martin	CC	Pharmacie
256	SOPPO LOBE Charlotte Vanessa	CC	Contrôle qualité médicaments

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
257	ABA'A Marthe Dereine	AS	Analyse du Médicament
258	FOUMANE MANIEPI NGOUOPIHO Jacqueline Saurelle	AS	Pharmacologie
259	MINYEM NGOMBI Aude Périne épouse AFUH	AS	Réglementation Pharmaceutique

P= Professeur

MCA= Maître de Conférences Agrégé

MC= Maître de Conférences

MA= Maître Assistant

CC = Chargé de Cours

AS = Assistant

SERMENT D'HIPPOCRATE

DECLARATION DE GENEVE 2020

En qualité de membre de la profession médicale Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

Je considérerai la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ; Je respecterai l'autonomie et la dignité de mon patient ;

Je veillerai au plus grand respect de la vie humaine ;

Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient ;

Je respecterai les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient ;

J'exercerai ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales ;

Je perpétuerai l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ; Je témoignerai à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

Je partagerai mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé ;

Je veillerai à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables ;

Je n'utiliserai pas mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiles, même sous la contrainte ;

Je fais ces promesses sur mon honneur, solennellement, librement.

RESUME

Introduction : les violences basées sur le genre sont un problème majeur de santé publique. Elles touchent les personnes de tout âge, sexe, ethnie, tribu, orientation sexuelle, mais affectent majoritairement le genre féminin. Elles prennent différentes formes, sont généralement perpétrées dans le cadre familial et ont des conséquences néfastes sur la santé des victimes. Au Cameroun, les données sont peu répertoriées les études étant principalement hospitalières, une partie de la communauté ne se rend pas à l'hôpital et peut donc échapper à notre évaluation.

Objectif : Etudier le profil épidémiologique des violences basées sur le genre à Yaoundé.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale descriptive avec collecte de données prospective durant neuf mois (Septembre 2023-Mai 2024) au Centre Médical d'Arrondissement de Nkomo, au service des Urgences de l'hôpital Central de Yaoundé, dans les Délégations d'Arrondissement de la Promotion de la Femme et de la Famille du Mfoundi et dans les associations des victimes. Etaient inclus, toute personne survivante d'une forme de violences basées sur le genre ayant consenti à participer à notre étude. Les informations ont été recueillies dans une fiche de manière anonyme et les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 23.0.

Résultats : Nous avons reçus au total 290 victimes. La majorité était âgée de 20-30 ans (29,7%) et de sexe féminin (86,2%) et le statut matrimonial le plus représenté était les célibataires (31%). Les participants avaient pour la plupart un niveau d'étude secondaire (50%), étaient acteurs du secteur informel (35,2%), ressortissants de la région du centre (50,3%), chrétiens (94,1%) résidant en zone urbaine (95,9%), étaient cis genre (99,7%) et avaient une sexualité conventionnelle (99,3%). Les principales typologies rencontrées étaient les violences physiques (62,1%) et les violences psychologiques (56,9%), les victimes avec pour liens avec l'agresseur le concubinage ou le mariage, soit partageant des relations intimes en cohabitation (79,3%). Les principaux mécanismes lésionnels au cours des VBG physiques étaient les gifles (96,1%), les coups de poing (95,6%) et autres coups (95,0%), l'hôpital représentait le recours primaire le plus utilisé (62,2%) et la prise en charge des VBG physiques était faite en milieu sanitaire (72,8%). Les formes de violences psychologiques étaient majoritairement représentées par les injures (95,8%), les humiliations (95,8%), le dénigrement (93,9%), la dévalorisation (93,9%) et les impositions des comportements à adopter (88,5%), le recours primaire après violence psychologique était hospitalier (30,9%) et la prise en charge était psychologique (48,5%). Les formes de violences les plus retrouvées étaient les abus sexuels (98,5%) et

les attouchements (97,1%), L'hôpital représentait le principal lieu vers lequel se dirigeaient les victimes de violences sexuelles (82,4%) et la prise en charge était sanitaire (57,4%) et psychologique (29,4%). Les formes de violences économiques les plus représentées étaient le non accès aux ressources (96,7%), et les dépenses des ressources sans consentement (45,9%).

Conclusion : le genre féminin est le plus affecté par les violences basées sur le genre. La typologie prédominante est la violence physique perpétrée par le conjoint.

Mots clés : Violence basées sur le genre ; épidémiologie ; Yaoundé ; violence physique.

SUMMARY

Introduction: Gender-based violence is a major public health problem. They affect people of any age, gender, ethnicity, tribe, sexual orientation, but mostly affect the female gender. They take different forms, are usually perpetrated within the family and have adverse health consequences for the victims. In Cameroon, the data is poorly listed and studies are mainly hospitalized, so a part of the community does not go to the hospital and may therefore escape our evaluation.

Objective: To study the epidemiological profile of gender-based violence in Yaoundé.

Materials and Methods: We conducted a descriptive cross-sectional study with prospective data collection over a period of nine months (September 2023-May 2024) at the Nkomo Medical District Centre, the Emergency Service of the Central Hospital of Yaoundé, the Women Empowerment and Family Delegations of Mfoundi and victim associations. Included were any survivor of any form of gender-based violence who had consented to participate in our study. The information was collected in an anonymous form and the data was entered and analyzed using the SPSS version 23.0 software.

Results: We have received a total of 290 victims. The majority was 20-30 years of age (29.7%) and female (86.2%) and the marital status represented was singles (31%). The majority of participants has a secondary level of education (50%), were from informal sector (35.2%), nationals of the Center Region (50.3%), Christians (94.1%) residing in urban areas (95.9%), were cis gender (99.7%) and had a conventional sexuality (99.3%). The main typologies encountered were physical violence (62.1%) and psychological violence (56.9%), victims having connection with the aggressor marriage or sharing intimate relationships in cohabitation (79.3%). The main mechanisms of injury during physical the GBVs were slaps (96.1%), punching (95.6%) and other blows (95.0%), the hospital most widely used primary remedy (62.2%) and the treatment of physical GBV was made in the sanitary environment (72.8%). The majority of forms psychological violence were insults (95.8%), humiliations (95.8%), depreciation (93.9%), devaluing (93.9%) and imposition of behaviour (88.5%), the primary remedy after psychological abuse was hospital (30.9%) and the treatment was psychological (48.5%). The most common form violence were sexual abuse (98.5%) and touching (97.1%), the hospital the main destination for victims of sexual violence (82.4%) and the treatment was

sanitary (57.4%) and psychological (29.4%). The most common form of economic violence were no-access to resource (96.7%), and expenditure of resources without consent (45.9%).

Conclusion: The female gender is most affected by gender-based violence. The predominant typology is physical violence perpetrated by the spouse.

Key words: gender-based violence; Epidemiology; Yaounde.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition de la population en fonction des caractéristiques sociodémographiques

Tableau II : Répartition de la population en fonction du niveau d'étude et de l'occupation

Tableau III : Répartition de la population en fonction de la région d'origine, de la religion et du lieu de résidence

Tableau IV : Répartition de la population en fonction des caractéristiques comportementales

Tableau V : Répartition de la population en fonction des liens entretenus avec l'agresseur

Tableau VI : Répartition des violences physiques en fonction des caractéristiques sociodémographiques et du lien avec l'agresseur

Tableau VII : Répartition des violences psychologiques en fonction des caractéristiques sociodémographiques et du lien avec l'agresseur

Tableau VIII : Répartition des violences sexuelles en fonction des caractéristiques sociodémographiques et du lien avec l'agresseur

Tableau IX : Répartition des violences économiques en fonction des caractéristiques sociodémographiques et du lien avec l'agresseur

Tableau X : Répartition de la population en fonction des antécédents de VBG physiques et les circonstances lésionnelles

Tableau XI : Répartition de la population en fonction du type de prise en charge des VBG physiques

Tableau XII : Répartition de la population en fonction des antécédents de VBG psychologiques et les circonstances lésionnelles

Tableau XIII : Répartition de la population en fonction des modalités de recours primaire et du type de prise en charge des VBG psychologiques

Tableau XIV : Répartition de la population en fonction des antécédents de VBG sexuelles et les circonstances lésionnelles

Tableau XV : Répartition de la population en fonction des modalités de recours primaire et du type de prise en charge des VBG sexuelles

Tableau XVI : Répartition de la population en fonction des antécédents de VBG sexuelles et du lien avec l'agresseur

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux de recrutement de la population d'étude

Figure 2 : Distribution de la population en fonction des formes de violences sexuelles

Figure 3 : Répartition de la population en fonction du mécanisme lésionnel au cours des VBG physiques

Figure 4 : Répartition de la population en fonctions des modalités du recours primaire au cours des VBG physiques

Figure 5 : Répartition de la population en fonction des formes de violences psychologiques

Figure 6 : Répartition de la population en fonction des formes de violences sexuelles

Figure 7 : Répartition de la population en fonction des formes de violences économiques

LISTE DES ABREVIATIONS, DES SYMBOLES ET DES SIGLES

ACAFEJ : Association Camerounaise de Femmes Juristes

ALVF : Association de Lutte contre les Violences faites aux Femmes

CMA : Centre Médical d'Arrondissement

COVID 19 : Corona Virus Disease 2019.

DAPROFF : Délégation d'Arrondissement de le Promotion de la Femme et de la Famille

EDS : Enquête Démographique et de Santé.

FRA : Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne

LGBTQI+ : Lesbiennes, gay, bisexuel (le), transgenre, queers, intersexué (e)

MSF : Mutilation Sexuelle Feminin

ONG : Organisation Non Gouvernementale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

RENATA : Reseau National des Tantines

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la population

VBG : Violence Basee sur le genre

VIH : Virus de l'Immuno deficiencia Humaine.

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la violence comme l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un dommage moral, un mal développement ou une carence et un décès. Cette définition inclut tous les types et toutes les formes de violences, et ce, sans égard au milieu ou au stade de la vie. Selon la typologie proposée par l'OMS, il est possible de diviser la violence en trois grandes catégories : la violence auto-infligée, la violence interpersonnelle (qui se produit au sein d'une famille ou entre partenaires intimes et au sein d'une communauté) et la violence collective qui peut être sociale, politique ou économique [1].

La violence basée sur le genre étant considéré comme une violence interpersonnelle désigne tout acte préjudiciable perpétré contre la volonté d'une personne et fondé sur les différences socialement attribuées (c'est-à-dire le genre) entre les hommes et les femmes. Il s'agit d'actes qui infligent des dommages ou des souffrances physiques, sexuels ou mentaux, de menaces ainsi que d'actes, de coercition et d'autres privations de liberté [2]. Cependant, le genre ne se limite pas au fait d'être un homme ou une femme : une personne peut naître avec des caractéristiques sexuelles féminines, mais s'identifier comme étant un homme (transgenre), ou un homme et une femme en même temps (bigenre), ou parfois ni un homme ni une femme (agenre). Les personnes LGBT+ (lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres etc.) souffrent également de violence basée sur leur orientation sexuelle réelle ou perçue et/ou leur identité de genre. C'est pourquoi la violence à l'égard de ces personnes relève de la violence fondée sur le genre [3].

Les violences basées sur le genre sont un problème mondial majeur. Elles touchent des personnes de tous âges, sexes, orientations sexuelles, identités de genre, races, ethnies, religions et nationalités. Elles affectent majoritairement le genre féminin dans le Monde [4]. Selon l'UNFPA, une femme sur trois dans le monde sera victime de violences physiques ou sexuelles au cours de sa vie [5]. En Europe, elle varie considérablement selon les pays et les régions. Selon l'ONU Femmes, 33% des femmes ont subi des violences physiques et/ou sexuelles depuis l'âge de 15 ans [6]. Au gabon, selon une étude menée, près de 7 personnes enquêtées sur 10 (tous sexes confondus soit 68,5%) ont été victimes d'au moins une forme de VBG [7]. Cependant, elles ne sont malheureusement pas rare chez les garçons et les hommes, en particulier chez les LGBT dans les situations de conflit et dans les communautés où l'homosexualité est considérée comme une aberration culturelle et sociétale [8].

Il existe six grands groupes de violences basées sur le genre : violences sexuelles, violences physiques, violences émotionnelles ou psychologiques, violences socio-économiques, violences culturelles et les violences institutionnelles [9]. Une étude menée au Niger montre que la première forme de violence est la violence économique (54%) suivi de l'agression physique (50%), Violence Psychologique ou émotionnelle (47%), Violence conjugale (40%), Mariage forcé (28%), l'agression sexuelle (19%), le harcèlement sexuel (6%) [10]. Les facteurs favorisant la survenue des violences basées sur le genre sont : la consommation de la drogue et de l'alcool, la promiscuité, le contexte économique et social, et la tolérance de la violence comme méthode de résolution des conflits.

Elles sont un problème majeur au Cameroun. L'Observatoire National de la Santé de la Femme et de l'Enfant en 2018 et en 2020 montre respectivement que plus de 35% des femmes ont subi des violences physiques et/ou sexuelles au cours de leur vie [11] et que les femmes âgées de 15 à 49 ans sont les plus touchées par les VBG [12]. Il est important de noter que la communauté n'est pas efficace dans la prestation de services de prise en charge, avec une transmission continue du VIH, un nombre élevé de grossesses non désirées dues à des agressions sexuelles et des syndromes post-traumatiques importants chez les enfants et les adultes d'où l'intérêt d'étudier le profil épidémiologique des violences basées sur le genre à Yaounde.

CHAPITRE I : CADRE GENERAL DE L'ETUDE

1. JUSTIFICATION

L'accroissement des violences basées sur le genre dans le monde au fil des années a de nombreuses répercussions sur la santé de ses victimes. La majorité d'entre elles gardent des lésions corporelles, des traumatismes physiques, émotionnels et psychologiques. Aussi, elles sont sujettes à des maladies et infections sexuellement transmissibles, des grossesses indésirées, des avortements à risque. Au Cameroun, les violences basées sur le genre sont fréquentes mais très peu répertoriées : ce qui motive ce travail sur le profil épidémiologique des violences basées sur le genre à Yaoundé.

2. QUESTION DE RECHERCHE

Quel est le profil épidémiologique des violences basées sur le genre à Yaoundé ?

3. HYPOTHESE DE RECHERCHE

Le profil épidémiologique des violences basées sur le genre à Yaoundé est varié.

4. OBJECTIFS

4.1. OBJECTIF GENERAL

D'étudier le profil épidémiologique des violences basées sur le genre à Yaoundé.

4.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 1-Identifier les typologies de violences basées sur le genre
- 2-Recenser les circonstances de survenue des violences basées sur le genre
- 3-Décrire le parcours de prise en charge des victimes de violences basées sur le genre

5. INTERET DE L'ETUDE

Etablir le profil épidémiologique et les circonstances de survenue des violences basées sur le genre à Yaoundé afin d'avoir un meilleur aperçu de l'ampleur de ces violences dans notre environnement et pour mieux orienter la prise en charge des survivantes de ces violences.

6. MATRICE DE DIMENSION

Dimension	Variables	Modalités
Profil socio demographique	Age	Année
	Sexe	Masculin, féminin
	Situation matrimoniale	Celibataire, en couple, marié, veuf
	Niveau d'instruction	Primaire, secondaire, supérieur.
	Situation socioprofessionnelle	Employé du secteur privé, employé du secteur public, élève, étudiant, etc.
	Lieu de résidence	Urbain, rural
	Religion	Chrétienne, Musulmane, etc.
Circonstances de survenue	Formes de violence	viol, gifle, coups, brulure, dévalorisation, Impositions de comportements
		S'en prendre aux enfants, contrôle des sorties et relations.
		Empêchement d'avoir accès aux ressources, Excision, Mutilations génitales féminines, Mariage précoce, Mariage forcé chez les jeunes filles, sosorat, lévirat
	Sphère de vie/lieu où s'est produit le type de violences	Maison, bureau, école
		Lieux publics
		Lieu de loisir (bars, hôtels, boîte de nuit, etc.)
	Lien de parenté avec l'agresseur	Frère/Sœur, Cousin/Cousine, inconnu conjoint, Ex conjoint, Père/Mère, Coépouse copain, Camarade, Employeur, Collègue Client.
Parcours de prise en charge	Moment de l'agression	Matin, journée, soirée, nuit.
	Fréquence	Rarement, souvent, parfois
	Structures de prise en charge des victimes	Sanitaire, ONG, polices, gendarmerie,
	Type de prise en charge	Communautaire, Psychologique, Sanitaire, Légale, Familiale.

7. VARIABLES ETUDIEES

- **Variables sociodémographiques :** Âge, sexe, religion, situation matrimoniale, niveau d'instruction, situation socio professionnelle, lieu de residence.
- **Variables typologie de violences :** agression sexuelle, agression physique, violence psychologique, violence culturelle, violence economique.
- **Variables liées au lieu de violence :** maison, lieu de travail, rue, boite de nuit, hotels.
- **Variables liées à l'agresseur :** mari, conjoint, ex conjoint, petit ami, parents, freres, cousines, patron.
- **Variable liées à moment de l'agression :** la veille, le matin, en journée, le soir, dans la nuit.
- **Variable liées à la frequence :** rarement, souvent, parfois.
- **Variable liées à la structure de prise des victimes :** sanitaire, ONG, police, gendamerie.
- **Variable liées au type de prise en charge :** communautaire, psychologique, sanitaire, légale, familiale.

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE

PARTIE I : LES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE

Les violences basées sur le genre (VBG) portent atteinte à l'autonomie, la dignité et la santé (mentale et physique) et la sécurité de ses victimes. Elles ont également un effet social et économique dévastateur et constituent un problème de santé publique et un obstacle à l'égalité des genres. Au nombre des VBG, figurent les violences sexuelles qui causent de graves conséquences sexuelles et reproductives, tel que les grossesses indésirées, les avortements à risque, les infections sexuellement transmissibles (y compris le VIH) et les fistules (FNUPA 2021) [13]. Bien que les femmes et les filles soient la cible principale des VBG, les hommes et jeunes garçons peuvent également en être victimes, en particulier si leurs comportements sont perçus comme non conformes aux normes sociales qui s'appliquent aux hommes [14]. Même si les VBG sont de formes nombreuses et diverses, les violences sexuelles constituent de nos jours un problème majeur de santé publique car elles touchent des millions de personnes à travers le monde. Il s'agit d'une conséquence médicale qui peut briser brutalement la vie des victimes (femmes, hommes et enfants).

1. Historique des violences basées sur le genre

La violence basée sur le genre est fondée sur un déséquilibre des pouvoirs et exercée dans l'intention d'humilier et de faire naître chez une personne ou un groupe de personnes un sentiment d'infériorité et/ou de subordination. Cette forme de violence est profondément enracinée dans les structures, normes et valeurs sociales et culturelles qui régissent la société, et est souvent entretenue par une culture de déni et de silence. Elle peut se produire dans les sphères privées comme publique et touche les femmes de manière disproportionnée.

La violence basée sur le genre peut être de nature sexuelle, physique, verbale, psychologique (émotionnelle) ou socioéconomique, et prendre de nombreuses formes, depuis la violence verbale et le discours de haine sur internet jusqu'au viol ou au meurtre. Elle peut être perpétrée par n'importe qui : un conjoint / un(e) partenaire actuel(le) ou ancien(ne), un membre de la famille, un(e) collègue de travail, des camarades de classe, des ami(e)s, une personne inconnue ou encore des personnes qui agissent au nom d'institutions culturelles, religieuses, étatiques ou intraétatiques. La violence basée sur le genre, comme tout type de violence, est une question de rapports de force. Elle repose sur un sentiment de supériorité et la volonté d'affirmer cette supériorité dans la famille, à l'école, au travail, dans la communauté ou dans la société dans son ensemble[3].

Les travaux féministes ont étudié comment les VBG constituent un moyen de contrôle social du corps et de l'autonomie des femmes. Ces travaux montrent également comment ces violences sont nourries par la croyance que les femmes appartiennent aux hommes et doivent se soumettre à leur volonté. Ainsi, les discriminations de genre sont non seulement à l'origine des VBG mais elles contribuent aussi largement à leur acceptation et à l'invisibilité des violences. Les VBG renvoient à la notion de pouvoir, plus précisément à l'abus de pouvoir. Lorsque l'on définit les VBG, le « pouvoir sur » évoque l'utilisation de son influence et de son accès aux ressources et à la prise de décision d'une manière qui réduit la vie de quelqu'une d'autre, ne tient pas compte de ses besoins, de ses vœux et de ses limites. Les auteurs des VBG utilisent leur « pouvoir sur » les femmes pour les violenter. La violence ne doit pas être comprise uniquement comme la violence physique. La violence prend de multiples formes physiques, psychologiques, sociales, économiques. Elle peut être très visible (ex : agression physique) ou plus insidieuse (ex : menace ou autre forme de pression psychologique ou sociale). C'est ici qu'intervient l'un des concepts clés à approfondir, celui de consentement qui désigne l'expression de l'accord d'un individu. Dans le domaine des VBG, on a recours à la notion de « consentement éclairé » par laquelle on entend qu'une personne comprend les conséquences des décisions qu'elle prend et qu'elle les accepte sans en avoir été contrainte. L'absence de consentement éclairé est un élément fondamental des VBG, car il ne peut en effet y avoir de consentement éclairé lorsqu'il y a usage du « pouvoir sur » et des différentes manifestations de la violence [15].

Théorisé à la fin des années 80 par la sociologue féministe Liz Kelly [16], « *le continuum des violences nous aide à comprendre les expériences violentes non pas comme des événements isolés, mais qui s'inscrivent plutôt dans le panorama général des violences faites aux femmes et des violences de genre* ». A l'extrémité de ce continuum de violences figurent les féminicides [17]. Le terme a été utilisé pour la première fois dans les années 1970 pour visibiliser les assassinats de femmes par les hommes parce qu'elles sont des femmes. Les données les plus récentes à l'échelle globale estiment que 137 femmes sont assassinées par un membre de leur famille chaque jour.

En matière de violences commises par les partenaires intimes, les femmes sont en situation de danger continu. On parle de violences commises par les partenaires intimes lorsque l'un des deux partenaires a recours aux différentes formes de violence afin de prendre le pouvoir et contrôler l'autre. Cette catégorie de VBG inclut tous les comportements qui peuvent effrayer, intimider, terroriser, manipuler, blesser, humilier, blâmer ou nuire. La violence commise par

un partenaire intime est la forme de VBG la plus répandue à l'échelle globale : on estime qu'au cours de l'année 2018, maris ou partenaires ont exercé de la violence à l'encontre de 640 millions de femmes âgées de 15 ans ou plus, ce qui représente plus d'un quart des femmes de ces catégories d'âge [18].

Elle est largement acceptée par les sociétés, voire considérée comme normale car elle est profondément ancrée dans les normes et les rôles sociaux de genre qui pérennisent la subordination des femmes aux hommes. L'acceptation de la violence contre les épouses pour avoir transgressé des rôles sociaux ou failli à des attendus dans certains domaines comme les tâches ménagères, le soin des enfants, la préparation des repas, est très répandue y compris parmi les femmes qui ont été amenées à croire que les actes de violence qu'elles subissent font partie de la vie d'une femme. Si les violences peuvent être commises par le partenaire, elles peuvent l'être aussi par la famille et la communauté. C'est le cas, par exemple des mariages d'enfants et des mutilations sexuelles féminines. Les mariages d'enfants touchent de manière disproportionnée les filles. Environ 12 millions de filles sont mariées chaque année et on estime à plus de 650 millions le nombre de femmes en vie aujourd'hui qui ont été mariées alors qu'elles étaient enfants [19].

Les mariages d'enfants et les mariages forcés trouvent leurs racines dans les inégalités de genre. Ils sont ancrés dans le statut d'infériorité et de subordination des femmes et des filles des systèmes patriarcaux. Ils sont une manifestation singulière du contrôle des filles au sein des familles : contrôle de leur choix de se marier ou non, à quel moment et avec qui, contrôle de leur corps y compris de leur sexualité et de leur santé reproductive, contrôle de leurs libertés. Les filles mariées avant l'âge de 15 ans sont près de 50% plus susceptibles d'être victimes de violences conjugales physiques ou sexuelles que celles mariées après leur 18e anniversaire [20]. Les filles mariées avant l'âge de 18 ans sont aussi plus susceptibles d'être enceintes précocement et de mourir des suites de complications lors de leurs grossesses et à l'accouchement. Selon l'UNFPA ces complications sont l'une des principales causes de mortalité chez les adolescentes entre 15 et 19 ans [21]. On estime à 4 millions le nombre de filles soumises aux Mutilations sexuelles féminines (MSF) en 2013 [22].

2. Epidémiologie des violences basées sur le genre

Les violences basées sur le genre sont un problème mondial majeur. Selon Oxfam International, une femme sur trois, soit 736 millions, sera confrontée à des violences physiques ou sexuelles au cours de sa vie [23]. La VBG se manifeste sous différentes formes, notamment la violence domestique, le harcèlement sexuel au travail, la traite des personnes, les sévices sexuels et la

violence émotionnelle [24]. Les impacts des VBG auront probablement des répercussions négatives à long terme. Dix millions de filles supplémentaires risquent de subir un mariage précoce d'ici 2030 et deux millions de cas supplémentaires de mutilation génitale féminine sont à prévoir sur la même période [23]. En Europe, selon une enquête de l'Union européenne, 33 % des femmes ont été victimes de violence physique et/ou sexuelle depuis l'âge de 15 ans [25].

Les violences basées sur le genre ont récemment pris une ampleur inquiétante en République centrafricaine (RCA), notamment suite à la crise que traverse le pays depuis plusieurs années. Les violences envers les civils et l'insécurité, en particulier dans les localités situées hors des centres urbains continuent à augmenter la vulnérabilité de plusieurs millions de personnes, notamment les femmes, qui voient leurs moyens de subsistance s'éroder, et leur accès à la nourriture et aux services de base notamment les soins de santé et l'eau drastiquement limité. Chaque heure qui passe en RCA, deux personnes subissent des VBG, notamment les violences sexuelles. En 2022, 23 644 cas de VBG avaient été enregistrés en RCA, soit une augmentation de 104% par rapport au nombre de cas enregistrés en 2021. Les jeunes filles sont particulièrement vulnérables aux VBG. Des normes socioculturelles défavorables aux femmes et aux filles renforcent cette situation malgré l'existence de politiques et de textes normatifs en la matière [26].

Au Niger, La première VBG est la violence économique (54% en moyenne) suivi de l'agression physique (50%), Violence Psychologique ou émotionnelle (47%), Violence conjugale (40%), Mariage forcé (28%), Le Viol (19%), l'agression sexuelle (19%), le harcèlement sexuel (6%). Les victimes des VBG sont majoritairement de sexe féminin (81%) en moyenne sur l'ensemble de la zone d'intervention (les six communes) contre 19% de victimes masculines. La fréquence actuelle la plus indiquée par les ménages interrogés (27%) est « l'année » suivi du semestre (15% en moyenne sur les six communes) et la fréquence mensuelle suit avec 14%. La principale voie de recours des victimes en cas de violence est « le chef de village » cité par 78% en moyenne dans les six communes. Les autres acteurs viennent après : « Père et Mère » (7%), les « ONG (3%), « Mari-Femmes » (3%), « Police/Gendarmerie » (1%). L'étude révèle que 52% des répondants en moyenne sont satisfait du système actuel de prise en charge. Ce résultat cache d'énormes disparités. Dans la commune de Goudoumaria, seulement 9% sont satisfaits, 36% le sont dans la commune de Chetimari et 42% à Diffa. L'étude montre que le « Mariage précoce » est la principale violence culturelle (69%) ainsi que le « mariage forcé chez les jeunes filles » (42%). Ce phénomène est particulièrement remarqué dans les communes Ngelbelly et Foulatari où 100% des acteurs interrogés ont reconnu son existence [10].

Selon une enquête nationale sur les violences basées sur le genre menée par le Ministère de la Santé et de la Prévoyance Sociale du Gabon, avec l'appui technique et financier du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), près de 7 personnes enquêtées sur 10 ont été victimes d'au moins une forme de VBG au cours des 12 derniers mois. Les violences psychologiques et verbales sont majoritairement subies par les hommes, tandis que les autres formes de VBG, à savoir les violences physiques, économiques et sexuelles, sont le fait des femmes qui en sont majoritairement victimes. Les principales causes de la survenance des VBG sont, entre autres, la hiérarchisation sociale des sexes au Gabon en "sexe fort" opposé au "sexe faible", la consommation d'alcool, la jalousie (violences physiques), la domination des hommes sur les femmes (violences sexuelles) et la précarité dans laquelle vivent certaines femmes (violences économiques) [27].

Environ 1 femme sur 3 dans le monde a été victime de violences physiques ou sexuelles. En 2019, 1 femme sur 5 âgée entre 20 et 24 ans a été mariée quand elle était enfant, c'est-à-dire avant l'âge de 18 ans. Environ 200 millions de femmes et de filles sont mutilées dans les 31 pays où les mutilations sexuelles féminines (MSF) sont pratiquées [15]. Les MSF regroupent toutes les modifications exercées sur les organes génitaux. Il en existe de différentes formes : percement, scarification, ablation totale ou partielle de certaines parties génitales. Elles sont pratiquées sur tous les continents, généralement dans l'enfance ou l'adolescence. Elles sont très présentes en Afrique et au Moyen Orient où elles existent dans 29 pays. Mais elles touchent également les femmes dans une moindre mesure en Asie (en particulier en Indonésie), en Amérique du Sud et dans la diaspora de ces régions en Europe, Amérique du Nord et Australie. Les prévalences varient donc beaucoup d'un pays à l'autre. On estime par exemple le taux de prévalence supérieur à 85% au Mali ou en Indonésie, un peu moins de 30% au Sénégal, 0,5% en France [28].

Dans une étude menée au Royaume Uni, il en ressort que 40 % des répondants ont été victimes d'un incident commis par une personne LGBT au cours des 12 mois précédant l'enquête. Environ un quart (26 %) ont été victimes de harcèlement verbal, d'insultes ou d'autres commentaires blessants, 14 % ont été victimes de divulgation de leur statut LGBT sans autorisation, 6 % ont été menacés de harcèlement ou de violence physique ou sexuelle, 2 % ont subi des violences physiques et 2 % ont subi des violences sexuelles. Vingt-neuf pour cent d'entre eux avaient vécu un incident impliquant une personne avec qui ils vivaient parce qu'ils étaient LGBT. Les types les plus courants étaient le harcèlement verbal (14 % en ont été victimes), la divulgation de leur statut LGBT sans permission (14 %) et les comportements

coercitifs ou contrôlants (9 %). Nous savons qu'au cours de la dernière année, le nombre de crimes haineux enregistrés par la police en raison de l'orientation sexuelle et du fait d'être transgenre a augmenté respectivement de 27 % (de 7 194 en 2015-16 à 9 157 en 2016-17) et de 45 % (de 858 en 2015-16 à 1 248 en 2016-17) [29].

3. Problématique des violences basées sur le genre

3.1. La violence basée sur le genre est une violation des droits humains

Il s'agit d'une atteinte acharnée à la dignité humaine, qui prive les victimes de leurs droits humains. Le droit de ne pas être soumis à la violence est un droit fondamental de la personne ; la violence basée sur le genre nuit à l'estime de soi et au sentiment d'avoir une quelconque valeur. Elle affecte non seulement la santé physique, mais aussi la santé mentale, et peut entraîner des comportements d'automutilation, l'isolement, la dépression, voire des tentatives de suicide.

3.2. La violence basée sur genre menace l'intégrité physique et psychologique de la personne

Toute personne a le droit de se sentir protégée et en sécurité et, en l'absence d'un tel sentiment, sa capacité de fonctionner au sein de la famille, de la communauté et de la société risque d'être compromise, car la réalisation de soi et le développement personnel en sont affectés. La violence basée sur le genre est un obstacle à la réalisation du bien-être de chaque personne et à son droit à l'épanouissement et au développement personnel.

3.3. La violence basée sur genre est une forme de discrimination

La violence basée sur le genre est profondément enracinée dans des stéréotypes et des préjugés dommageables à l'égard des femmes ou d'autres personnes qui ne s'intègrent pas dans des sociétés traditionnelles, binaires du point de vue genre ou hétéronormatives. C'est pourquoi cette violence peut avoir pour effet de mettre les femmes et d'autres personnes au ban de la société et de les faire se sentir inférieures ou impuissantes. Dans le cas d'hommes qui ne se conforment pas aux rôles de genre masculins dominants, la violence basée sur le genre a une fonction de correction. Ainsi, la sévérité de la « punition » infligée à ces hommes qui ne répondent pas aux attentes traditionnelles (qu'ils soient gays, bisexuels ou hétérosexuels) est fonction du danger qu'est censée présenter leur différence pour les hypothèses de genre normalisées et dominantes. Leurs vies risqueraient de contredire l'idée qu'il existe des types de comportement et des rôles sociaux « naturels », tant pour les hommes que pour les femmes.

3.4. La violence basée sur le genre est un obstacle à l'égalité entre les femmes et les hommes

L'égalité entre les femmes et les hommes est essentielle à la protection des droits humains, à la défense de la démocratie et à la préservation de l'État de droit. La violence basée sur le genre contribue à cultiver une société hétéronormative et perpétue le pouvoir des hommes. L'égalité de genre, d'autre part, implique l'égalité des droits des personnes de tous les genres, ainsi qu'une visibilité et des chances égales pour l'autonomisation, la prise de responsabilités et la participation dans toutes les sphères de la vie publique et privée. Cette égalité implique également l'égalité des femmes et des hommes dans l'accès aux ressources et dans la distribution de ces ressources.

3.5. La violence basée sur le genre n'est pas suffisamment signalée et ses auteur(e)s jouissent souvent de l'impunité

Certaines croyances répandues, du type « *ce qui se passe à la maison devrait rester à la maison* » ou « *ce qui se passe dans la famille ne regarde personne* », sont très puissantes. Cela rend difficile la dénonciation de la violence au sein de la famille et risque d'avoir une incidence sur la prestation de services d'aide et de soutien, exposant ainsi la victime de violence à des préjudices plus graves, voire mortels. De plus, la violence réduit très souvent au silence celles et ceux qui en sont victimes. En ne nous élevant pas contre la violence domestique, nous reproduisons les techniques utilisées par les auteur(e)s de violence. Dans un certain nombre de pays, la plupart des types et des formes de violence basée sur le genre sont illégaux et punissables par la loi, mais il y a des pays qui accusent du retard à cet égard. La Convention d'Istanbul du Conseil de l'Europe demande d'ériger en infraction les différentes formes de violence fondée sur le genre.

3.6. La violence basée sur le genre affecte chacun(e) d'entre nous

Les enfants élevés dans des familles où une femme est maltraitée sont également victimes de violences (parfois pas physiquement, mais toujours psychologiquement). Les enfants témoins de violences peuvent avoir l'impression qu'un tel comportement est justifié ou « *normal* » ; en d'autres termes, ils assimilent des normes violentes. Par ailleurs, le fait d'être élevés dans une culture de violence peut nuire à leur développement personnel et à leur capacité de fonctionner dans la société. La violence fondée sur le genre touche les membres de la famille, les ami(e)s et les collègues. Tout le monde peut être la cible de la violence basée sur le genre.

3.7. La violence basée sur le genre a un coût économique très lourd

La violence basée sur le genre nécessite la mise à contribution de différents services médicaux, psychologiques, policiers ou judiciaires et entraîne la perte de ressources ou d'emploi pour les victimes. Elle met les individus en situation de sous-performance au travail et dans l'éducation, et a un effet négatif sur leur productivité. De nombreuses victimes de violence basée sur le genre doivent quitter leur domicile et ont besoin d'un lieu où être accueillies, ce qui entraîne parfois leur itinérance. Des services d'hébergement doivent être mis à la disposition de ces personnes et, s'il existe des structures d'accueil pour les femmes maltraitées et leurs enfants dans de nombreux pays d'Europe (mais pas en nombre suffisant), le manque de foyers pour les personnes LGBT+ reste critique.

3.8. La violence basée sur le genre et la pandémie COVID 19

Depuis l'éclosion de la maladie à coronavirus (COVID-19), les nouvelles données et les récents rapports des personnes en première ligne indiquent que tous les types de violence à l'égard des femmes et des filles se sont intensifiés dans les pays touchés par la pandémie. Avant la pandémie, les estimations prévoyaient qu'une femme sur trois serait victime de violences au cours de sa vie. Partout dans le monde, 18 % des femmes et des filles âgées de 15 à 49 ans ayant déjà eu un partenaire ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire actuel ou précédent au cours des 12 derniers mois [30]. En outre, du fait de la COVID-19, il a été fait état d'une intensification de la violence à l'égard des femmes dans le monde, souvent de l'ordre de 25 % selon les pays dotés de systèmes de signalement. En fait, lors de chaque confinement de 3 mois, on s'attend à enregistrer 15 millions de cas supplémentaires de violence basée sur le genre [31]. Une étude [32] menée dans six pays sahéliens a montré que la violence domestique, qu'elle soit physique ou verbale, a augmenté, passant de 40,6 % avant la crise de la COVID-19 à 52,2 % pendant la pandémie, soit un taux d'augmentation de 12 %. Le Tchad, le Sénégal et le Mali ont respectivement enregistré des augmentations de 30 %, 14 % et 10 %, tandis que le Burkina Faso, la Mauritanie et le Niger enregistrent une augmentation inférieure à 10 %.

4. Typologie des violences basées sur le genre

Si les définitions des VBG sont controversées et dynamiques, la typologie l'est moins. Ainsi quelle que soit la définition que l'on retient des VBG, on retrouve toujours ces différentes formes de violence généralement classées de la manière suivante :

- ❖ **Les violences sexuelles** : relations sexuelles, complètes ou incomplètes, sans consentement et/ou sous la contrainte qui englobent le viol, le harcèlement sexuel, l'exploitation sexuelle, le tourisme sexuel, le trafic sexuel, la prostitution, l'inceste, le mariage forcé, les actes à connotation sexuelle.
- ❖ **Les violences physiques** : cette forme de violence est la plus visible ; elle regroupe les coups, blessures, fractures.
- ❖ **Les violences psychologiques ou émotionnelles** : sous une forme verbale ou non-verbale, cette forme de violence se rapporte aux humiliations, aux injures, aux dénigrements, aux attaques verbales, scènes de jalousie, menaces, contrôle abusif des activités, tentatives d'isolement des proches et des amis pouvant aller jusqu'à la séquestration, aux vols et abandons d'enfants, aux intimidations subies tant au travail qu'à la maison.
- ❖ **Les violences culturelles** qui réunissent les Mutilations Génitales Féminines, les autres pratiques traditionnelles néfastes (lévirat, sororat, rites de veuvage, mariage précoce, enlèvement de petites filles pour les mariages forcés, etc.).
- ❖ **Les violences économiques** qui regroupent le refus de la ration alimentaire, le non accès à l'éducation, à la santé et à certaines ressources naturelles, privation de moyens ou de biens essentiels, contrôle ou spoliation, parfois même lorsque la femme a une activité rémunérée.

4.1. Les violences sexuelles

La violence sexuelle peut-être définie comme « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais s'en y limiter, le foyer et le travail ». Même si les hommes sont susceptibles d'être victimes de ce type d'agression, les femmes y sont notablement plus exposées et ce, quel que soit le motif de l'auteur. Ainsi les femmes sont les plus vulnérables à tous les actes de violence sexuelle.

C'est la forme de violence dont les personnes ont le plus de mal à parler et pourtant elle est très souvent présente. La violence sexuelle comprend un spectre très large, allant du harcèlement sexuel à l'exploitation sexuelle, en passant par le « viol conjugal ». Ce peut être obligé quelqu'un à des activités sexuelles dangereuses ou dégradantes, mais le plus souvent il s'agit d'obliger une personne à une relation sexuelle non désirée, sous la menace. Les violences

sexuelles peuvent être à l'origine de grossesses non désirées ou de maladies sexuellement transmissibles.

Dans une étude portant sur 148 femmes victimes de violence dans leur couple, ayant fait l'objet d'une décision de justice, 68% des victimes interrogées rapportaient avoir subi, en plus des coups et blessures, des violences sexuelles conjugales, et les femmes agressées sexuellement présentaient significativement plus de symptômes psychologiques post traumatiques que celles qui n'avaient subi qu'une violence physique, sans composante sexuelle. Le viol conjugal est le plus souvent passé sous silence, parce qu'il est considéré comme faisant partie du « devoir conjugal » envers le conjoint. Le recours à un vocabulaire vulgaire et grossier, aux injures avilissantes à connotation sexuelle, assimilant la personne à une prostituée est une autre manière de l'humilier et de la dominer. Toute violence sexuelle constitue un traumatisme majeur.

4.2. Les violences physiques

La violence physique est un acte de violence physique qui n'est pas de nature sexuelle. Cette forme de violence se produit généralement dans les relations entre partenaires intimes. Elle peut inclure des formes de violence ou des actes de négligence qui causent des douleurs ou des blessures physiques. Exemples : frapper, gifler, étouffer, bousculer, saisir, pincer, mordre, tirer les cheveux, brûler, étrangler, couper, tirer ou utiliser une arme quelconque. Ce type de violence comprend également les grossesses forcées, les avortements forcés, le fait de transmettre sciemment des infections sexuellement transmissibles et le refus de soins médicaux. La violence physique peut être perpétrée par un conjoint, un partenaire intime [33].

La violence physique en affectant de façon disproportionnée les femmes et les hommes constitue une forme de violence basée sur le genre. La plupart du temps, la violence physique n'intervient que si la personne résiste à la violence psychologique. Mais parce qu'elle laisse des traces visibles, c'est l'agression physique, et non l'abus psychologique antérieur, qui est considérée comme violente par la personne elle-même et par son entourage. Lorsqu'on fait recours à la police ou aux associations, c'est généralement à la suite d'une agression physique. La séquestration n'est pas à exclure. Beaucoup de coups visent le ventre lorsque la femme est enceinte, comme s'il fallait porter atteinte à sa capacité de reproduction, comme l'atteste l'étude de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) menée dans une dizaine de pays du monde.

Par les coups, il s'agit de marquer le corps de la femme et marquer l'emprise que l'on a sur elle. La violence physique peut aussi s'exprimer indirectement en malmenant un enfant d'un autre lit, son propre enfant. Toutes les études montrent que les personnes qui subissent de la violence,

qu'elle soit physique ou psychologique, ont un état de santé nettement moins bon que les autres et qu'elles consomment beaucoup plus de médicaments. Il existe donc bien un lien étroit entre la violence physique et la violence psychologique. Le geste violent que l'on anticipe, mais qui ne vient pas à un effet tout aussi destructeur que le vrai coup porté.

4.3. Violence émotionnelle et psychologique

La violence émotionnelle et psychologique consiste à infliger une douleur ou une blessure mentale ou émotionnelle. Elle comprend la violence perpétrée d'une manière qui n'est pas physique, généralement par un partenaire intime ou une personne en position d'autorité, dans le but d'effrayer, d'intimider, de terroriser, de manipuler, de blesser, d'humilier, de blâmer ou de blesser. Les formes de violence émotionnelle ou psychologique sont notamment :

- La violence verbale ou l'humiliation : il s'agit d'une violence verbale non sexuelle qui a pour but d'insulter, de rabaisser ou d'avilir le survivant, de l'obliger à se livrer à des actes humiliants, que ce soit en public ou en privé, de le priver des dépenses fondamentales pour la survie de la famille ; ou de diminuer sa valeur et son estime de soi. La violence verbale ou l'humiliation peut être perpétrée par toute personne en position de pouvoir et de contrôle ; elle est souvent commise par des partenaires intimes ou des membres de la famille en position d'autorité.
- Violence psychologique : les éléments de la violence psychologique comprennent, entre autres, le fait de susciter la peur par l'intimidation, la menace de dommages physiques à soi-même, à la survivante, aux enfants, à sa famille ou à ses amis, la destruction des animaux domestiques, des biens ou des objets précieux, ou l'isolement forcé par rapport à sa famille, ses amis, son école et/ou son travail. La violence psychologique peut être perpétrée par un partenaire intime ou un parent.
- Confinement : il s'agit d'isoler une personne de ses amis/de sa famille, de restreindre ses mouvements, de la priver de sa liberté ou de restreindre son droit à la liberté de mouvement. Le confinement peut être perpétré par toute personne en position de pouvoir et de contrôle ; il est souvent infligé par des conjoints, des partenaires intimes ou des membres de la famille en position d'autorité.

4.4. Les violences culturelles

Il s'agit des pratiques qui restent soudées dans les sociétés : elles réunissent l'Excision et les Mutilations Génitales Féminines (E/MGF) et les autres pratiques traditionnelles néfastes telles que le levirat, le sororat, les rites de veuvage, le mariage précoce, l'enlèvement de petites filles

pour les mariages forcés. Ces pratiques sont souvent mises en œuvre au nom de la protection et du maintien de la culture. Les formes de pratiques traditionnelles néfastes peuvent inclure :

- Les mutilations génitales féminines : il s'agit de l'ablation des organes génitaux féminins pour des raisons non médicales, généralement pratiquée à un jeune âge. Elle comprend l'amputation partielle ou totale des organes génitaux, la suture (pour des raisons culturelles ou autres raisons non thérapeutiques), souvent subie plusieurs fois au cours de la vie. Les MGF peuvent être perpétrées par des praticiens traditionnels, soutenus, tolérés et assistés par des familles, des groupes religieux, des communautés entières et certains Etats.
- Mariage précoce : cela comprend les mariages arrangés avant l'âge légal de consentement. Les rapports sexuels dans le cadre de telles relations constituent un viol légal, car les filles n'ont pas la capacité juridique d'accepter de telles unions. Le mariage précoce peut être perpétré par les parents, les communautés et les Etats.
- Mariage forcé : il s'agit d'un mariage arrangé contre la volonté de la survivante. Souvent, une dot est versée à la famille. En cas de refus, il peut y avoir des conséquences violentes et/ou abusives. Le mariage forcé peut être perpétré par les parents et les membres de la famille.
- Infanticide et/ou négligence à l'égard des femmes : Il s'agit de tuer, de priver de nourriture et/ou de négliger les enfants de sexe féminin parce qu'ils sont considérés comme ayant moins de valeur dans la société que les enfants de sexe masculin. L'infanticide et/ou la négligence des filles peut être perpétré(e) par un parent ou d'autres membres de la famille.

4.5. Les violences économiques

La violence sociale ou économique comprend la violence perpétrée d'une manière qui n'est pas physique (généralement par un partenaire intime) ou inscrite dans les lois et les politiques qui refusent aux femmes et aux filles l'accès aux revenus et aux opportunités de promotion sociale. Parmi les autres exemples, citons : la discrimination et/ou le refus d'accès à des opportunités, des services ou à des ressources ; l'exclusion ; le refus d'accès à l'éducation, à l'assistance en matière de santé ou à un emploi rémunéré ; ou le refus du droit à la propriété. La discrimination et/ou le déni des services peut être perpétrés par des membres de la famille, la société, des institutions et des organisations, des acteurs gouvernementaux. Cette forme de violence consiste à rendre ou à tenter de rendre le survivant financièrement dépendant en maintenant le contrôle

sur les ressources financières, en lui refusant l'accès à l'argent ou en lui interdisant de participer à des activités scolaires ou professionnelles. L'abus économique peut être perpétré par des partenaires intimes, des conjoints, etc.

4.6. Violence entre partenaires intimes

Elle est également appelée violence domestique ou violence conjugale et peut impliquer plusieurs types de violence différents. Il s'agit d'un comportement abusif dans une relation intime, utilisé par une personne (généralement un homme) pour obtenir ou maintenir le pouvoir et le contrôle sur l'autre personne (généralement une femme). Il peut s'agir d'actions ou de menaces physiques, sexuelles, émotionnelles, économiques, reproductives, spirituelles ou psychologiques, ou encore de harcèlement ou de surveillance. Il s'agit de tout comportement qui effraie, intimide, terrorise, manipule, blesse, humilie, blâme, blesse ou occasionne des blessures. La violence entre partenaires intimes se caractérise par un cycle de violence, qui se produit de manière répétée dans le temps, et par des comportements utilisés pour imposer le pouvoir et le contrôle.

5. Causes et facteurs favorisant des violences basées sur le genre

5.1. Les causes

Les causes des violences sont multiples. Elles sont liées aux réalités sociales des milieux d'origines des auteurs et des victimes, donc à leur éducation, culture, religion, organisation sociale, etc.. [34]

5.1.1. Causes potentielles à mettre en exergue :

- Inégalité de genre, asymétrie de pouvoir entre les hommes et les femmes ;
- Volonté de domination et de contrôle par les hommes ;
- Manque de respect aux femmes, manque de respect aux droits humains ;
- Division des rôles dans la famille et dans la société ;
- Perte des valeurs et dissolution des solidarités familiales traditionnelles ;
- Mauvaises pratiques culturelles et traditionnelles ;
- Certaines croyances religieuses ;
- Pauvreté ;
- Alcoolisme, toxicomanie ;
- Législation et système judiciaire ; impunité des agresseurs ;
- Bas niveau d'instruction (le manque d'information sur la santé sexuelle et reproductive);

- Certains déséquilibres psychologiques : la difficulté de contrôler ses instincts sexuels, sa violence, une frustration sexuelle ;
- Les styles d'habillement jugés contraires aux mœurs ou indécents,
- La prolifération des films pornographiques. Ces différentes situations peuvent contribuer à entraîner une perception positive de certaines formes de violence dans la société.

5.1.2. La Culture et les Croyances :

Certaines pratiques culturelles constituent une violation flagrante des Droits de la Personne Humaine et surtout les Droits des Femmes. La culture peut mener à la violence parce qu'elle met les femmes dans une position de subordination et de dépendance vis-à-vis de l'homme.

➤ La perception positive et valorisation de la violence

Certaines formes de violence sont acceptées, reconnues, justifiées et même valorisées par les communautés. C'est pourquoi dans certaines localités, le fouet devant servir à battre la femme est remis par ses parents d'origine à son époux lors des cérémonies de mariage. Il est une composante du trousseau de mariage. Les différentes formes de violence ci-dessus mentionnées, excision, mariage forcé, lévirat, sororat, veuvage, privations et discriminations économiques et sociales sont des éléments culturels de certaines des sociétés et ne sont pas perçues par elles comme des types de violences. Les attitudes et les valeurs sociales font de l'homme un être naturellement supérieur à la femme et lui octroient le droit et la responsabilité de contrôler le comportement des femmes et des filles. Dans la tradition, la femme se résigne, pas pour elle-même, mais pour assurer un bon avenir à ses enfants. Le succès des enfants est proportionnel au degré de résignation de leur mère face aux « exigences » de leur père.

➤ La violence, un héritage culturel :

La violence exercée par les parents sur les femmes et les filles font de cette pratique un modèle pour les enfants, les parents eux-mêmes étant le modèle de comportement social. Les enfants témoins de la violence l'intériorisent d'abord et ensuite dans leurs futurs rapports sociaux (famille et société) la reproduisent ou l'acceptent.

➤ Les comportements marginaux

Certains comportements sociaux sont des causes de violence. Il s'agit de l'alcoolisme, de la toxicomanie. Ils ne constituent cependant pas des excuses ou des circonstances atténuantes en cas de violence.

5.1.3. L'éducation :

L'être humain est généralement le fruit de son éducation. A travers celle-ci, lui sont inculquées les valeurs, les normes et institutions sociales ainsi que les croyances religieuses. L'analphabétisme, découlant de la non-scolarisation ou de son interruption, est un facteur aggravant de violence. Il empêche la femme d'accéder à certaines informations, dont ses droits, à certaines cultures pouvant favoriser son épanouissement, à certains services pouvant préserver ou améliorer sa santé, etc..

5.2. Les facteurs favorisants :

- ❖ L'effondrement des normes sociales ; la dislocation des familles, le divorce, le célibat géographique ;
- ❖ La perte des mécanismes traditionnels d'encadrement de la société : les sanctions sociales, les normes de bon comportement ne sont plus aussi respectées et efficaces, les hommes peuvent perdre leur statut social ;
- ❖ Les situations de conflits armés ou familiaux (visant la domination, le contrôle d'une population, pour terroriser les populations civiles) ;
- ❖ Le désœuvrement, la promiscuité ;
- ❖ Les tensions et querelles traditionnelles entre groupes voisins ;
- ❖ La non-existence ou la fragilité des institutions telles que les systèmes de santé ou de police ;
- ❖ Le climat généralisé de violation des droits de l'Homme, de non-droit et d'impunité
- ❖ La dépendance des populations déplacées et de leur vulnérabilité aux abus et à l'exploitation ;
- ❖ L'insécurité, la surpopulation, l'isolement et le manque d'abris temporaires en termes de services et d'installations.

5.2.1. Les facteurs économiques de la violence

Quand la femme est dans une situation de dépendance économique, elle est beaucoup plus exposée aux différentes formes de violence : physique, psychologique, économique, etc. Les traditions culturelles en cause :

- La polygamie et /ou le concubinage
- L'excès de consommation d'alcool
- Le satyriasis

- La promiscuité

Il est à noter que les facteurs favorisant ne sont pas les causes des violences basées sur le genre, mais ils peuvent l'exacerber.

5.2.2. Les facteurs aggravants :

Certains facteurs sont seulement à la source de la violence mais contribuent à l'entretenir, voire à l'aggraver. Il s'agit entre autres de :

➤ **La vulnérabilité économique, la peur de se retrouver démunie**

Dans certaines localités, ce sont les hommes qui disposent des moyens économiques. Ils occupent environ 80% des emplois des cadres supérieurs. Ils disposent partout des terres les plus rentables. Cette dépendance économique met la femme à la merci de l'homme.

➤ **L'environnement social**

Le traitement réservé à certaines formes de violence ; dans beaucoup de localités le viol est une humiliation, une souillure subie par la femme. C'est une honte à taire, à cacher. Les victimes ont donc tendance à éviter les commissariats de police, gendarmeries et tribunaux. Dans leur perception, mieux vaut que personne ne sache qu'elles ont été violées que d'aller étendre ce fait sur la place publique. Les victimes ressentent donc de la gêne, de la honte suite à certaines formes de violence. Une certaine promiscuité des coépouses est aussi un facteur aggravant de la violence de la femme sur la femme. La valorisation de certaines formes de violence : excision, coups portés à l'épouse par l'époux, etc.

➤ **Les préjugés et superstitions valorisent certaines formes de violence.**

Ce dernier point rejoint le précédent. Tout ce qui relève de la tradition est valorisé et accepté. C'est la voie suivie par les ancêtres. Ainsi, l'excision, le sororat, le lévirat, tous les rites du veuvage, etc., sont perçus de la même manière.

➤ **L'ignorance de ses droits, de l'existence de structures de soutien**

Beaucoup de victimes ignorent aussi l'existence des structures de lutte contre la violence et, en conséquence, ne savent pas à quel point se vouer. Cette situation s'aggrave quand on va des zones urbaines vers les rurales.

➤ **L'isolement et le non-encadrement de certaines communautés par les ONG et associations de lutte contre la violence :**

Ces structures de lutte ne sont pas connues par toute la communauté là où elles existent. C'est ce qui fait dire à la majorité des enquêtés que personne ne leur a jamais parlé de violence. Les

populations sont alors laissées à elles-mêmes, face à leurs pratiques nuisibles à la santé de la femme et à ses droits.

➤ **Le manque de soutien de la victime, la peur de ne pas être écoutée, crue, ou prise au sérieux :**

De cette situation, il découle un silence favorisant et aggravant certaines formes de violence comme le viol, le harcèlement sexuel, les coups et blessures.

6. Conséquences des VBG

La violence basée sur le genre peut avoir des conséquences sur la santé, sur le plan émotionnel/psychologique et sur le plan social [35].

6.1. La Santé

- Les conséquences fatales sont la mort, l'homicide, la mortalité maternelle, le suicide et la mortalité infantile.
- Les conséquences sur la santé physique sont les blessures, les handicaps, les chocs, les infections chroniques, les maladies, les douleurs chroniques, les infections, les troubles gastro-intestinaux, les troubles du sommeil, les troubles alimentaires, l'abus de l'alcool et l'abus des drogues.
- Les conséquences sur la santé reproductive sont les fausses couches, les grossesses non désirées, les avortements à risque, les IST dont le VIH/SIDA, les troubles menstruels, les complications de la grossesse, les troubles gynécologiques et les troubles sexuels.

6.2. Conséquences émotionnelles et psychologiques

Les réactions courantes des survivants à la violence sexuelle peuvent comprendre le stress post-traumatique, les maladies mentales, l'anxiété, la peur, la tristesse, l'isolement, la honte, l'insécurité, la haine de soi, la culpabilité, les pensées et les comportements suicidaires.

- **La peur et l'anxiété :** Les principales réactions que les gens éprouvent après une agression sont la peur et l'anxiété. Les survivants peuvent ressentir des changements dans leur corps, leurs sentiments et leurs pensées. Certains déclencheurs et indices peuvent leur rappeler l'agression et raviver leurs craintes. Ces déclencheurs peuvent être certains moments de la journée, certains endroits, une certaine odeur ou un bruit.

- **Revivre traumatisme** : Les personnes qui ont été témoins d'une agression revivent souvent le traumatisme. Les survivants peuvent avoir des flashbacks lorsqu'ils voient des images du corps de la survivante ou d'un autre aspect de l'agression.
- **Difficulté à se concentrer** : Il est frustrant et bouleversant d'être incapable de se concentrer, de se souvenir et de prêter attention à ce qui se passe autour de soi. Il est important que les survivants se souviennent que ces réactions sont temporaires.
- **Energie négative** : D'autres réactions courantes à une agression sont l'excitation, le sentiment d'être trop alerté, les tremblements, la facilité à être surpris et les troubles du sommeil.
- **Vouloir éviter** : Les survivants peuvent éviter physiquement ou émotionnellement les personnes, les lieux ou les choses qui leur rappellent l'agression.
- **La tristesse** : Une autre réaction courante est la tristesse et le sentiment d'être abattu ou déprimé. Les survivants peuvent avoir des sentiments de désespoir, des crises de larmes fréquentes et parfois même des pensées d'automutilation et de suicide.
- **Perte de contrôle** : Les personnes ont souvent l'impression de ne pas avoir le contrôle de leurs sentiments.
- **La culpabilité ou la honte** : Des sentiments de culpabilité et de honte peuvent être présents. La culpabilité et la honte peuvent être liées à ce que la personne a fait ou n'a pas fait pour prévenir l'agression ou aider la victime. Il est courant de remettre en question sa réaction et de se blâmer pour ce qu'on a fait ou n'a pas fait.
- **Colère** : Un sentiment de colère est également une réaction courante à une agression. Ces sentiments de colère dirigés contre soi peuvent mener à des sentiments de blâme, de culpabilité, d'impuissance et de dépression. De nombreuses personnes constatent également qu'elles éprouvent de la colère et de l'irritabilité envers les personnes qu'elles aiment le plus : la famille, leurs parents et leurs enfants.
- **Perte d'intérêt pour le sexe** : Certaines personnes peuvent perdre tout intérêt pour le sexe car elles ont encore de mauvais sentiments et des souvenirs liés à l'incident.

6.3. Conséquences sociales

Les réactions courantes des survivants sont le rejet social et l'isolement. Cela peut affecter les relations avec la famille, les amis et la communauté (exemple : le père et la mère peuvent avoir honte d'elle, le mari la blâme). Elles peuvent également inclure :

- Stigmatisation des survivants (Cette femme est "ruinée", "folle", etc.)

- Blâme des survivantes ("Cette femme est mauvaise et c'est pour cela que cela lui est arrivé").
- Perte des rôles dans la société ou perte d'opportunités dans la vie (par exemple, ne plus gagner un revenu, s'occuper des enfants) "Cette femme n'est plus mariable, elle ne peut plus aller à l'école, nous ne voulons plus d'elle comme employée.")
- Mariage forcé (Cette femme a été violée et personne d'autre ne veut l'épouser. L'homme qui a eu des rapports sexuels avec elle doit l'épouser).
- La mort (elle a déshonoré la famille et doit être tuée, la femme est suicidaire à cause des conséquences de la violence dans sa vie).

Les conséquences sociales sur les survivants sont l'une des principales raisons pour lesquelles nous devons veiller à la confidentialité. Les survivants ne vous signaleront pas s'ils n'ont pas confiance dans la confidentialité de vos services, par crainte des conséquences sociales. Plus les conséquences sociales sont graves, moins il y aura de signalements. Plus vous développerez la confiance en insistant sur la confidentialité et en la maintenant, plus les survivants vous feront confiance et vous signaleront les cas.

6.4. Réticence à signaler les cas

Il existe de nombreuses raisons pour lesquelles les survivants peuvent ne pas vouloir signaler un cas. Il peut s'agir de la crainte de représailles de la part de l'agresseur, de la peur ou de l'inquiétude que personne ne va la croire ou de la réaction des gens, de la honte, de l'autoaccusation, du manque de moyens de transport, du manque d'argent pour payer les frais de service, ou du fait qu'elle ne fait pas confiance dans les autorités ou les prestataires de services. Pour les survivants de la violence conjugale, il est particulièrement difficile de signaler la situation. Il s'agit notamment des conséquences ou des difficultés à quitter les lieux, des blessures, de la mort, de la faible estime de soi, de l'anxiété, de la dépression ou des problèmes de santé mentale. La difficulté de quitter la maison pour les survivants de la violence conjugale est liée au fait que la survivante n'a nulle part où aller, qu'elle aime l'agresseur, qu'elle espère que les choses vont changer, qu'elle a peur de ce qu'il ferait s'il la trouvait, qu'elle s'inquiète de la façon dont elle pourra subvenir à ses besoins et à ceux de ses enfants (dépendance économique), qu'elle craint de briser la famille ou qu'elle est préoccupée par la stigmatisation de la part de la communauté.

PARTIE II : ETAT DES CONNAISSANCES SUR LE SUJET

1. En Europe

Selon une étude menée par l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA), une femme sur trois vivants dans l'Union européenne (33%), soit 62 millions de femmes, ont été victimes de violence physique et/ou sexuelle depuis l'âge de 15 ans. Ce rapport met également en évidence qu'une femme sur 20 a été violée depuis l'adolescence [36].

Pour en arriver à ces conclusions, la FRA a interrogé 42 000 femmes âgées de 18 à 74 ans dans toute l'UE, soit 1 500 femmes par État membre. Les questions ont porté sur leur vécu depuis l'âge de 15 ans en matière de violence. D'autres sujets ont également été abordés comme la traque furtive, le harcèlement sexuel ou les violences subies dans l'enfance.

D'un point de vue national, les chiffres diffèrent sensiblement selon les pays. Contrairement aux préjugés, les taux de déclaration de violences les plus élevés ont ainsi été relevés dans les pays du Nord. Au Danemark, plus d'une femme sur deux (52%) dit avoir été victime de violence, 47% en Finlande, 46% en Suède et 45% aux Pays-Bas. A contrario, les pays du Sud de l'Europe ont des taux plus bas : 22% en Espagne, ainsi qu'à Chypre et à Malte.

Les chiffres les plus faibles sont observés en Pologne (19%) et en Autriche (20%). La France se situe au-dessus de la moyenne européenne avec 44% des femmes qui déclarent avoir été victimes de violences.

2. En Afrique

2.1. En RDC

La République Démocratique du Congo connaît une situation d'urgence complexe, aggravée par de multiples crises aiguës depuis plus de deux décennies. La crise humanitaire a plongé 27 millions de personnes dans le besoin d'assistance humanitaire en 2022 parmi lesquelles, environ 7.3 millions sont à risque de subir une violence basée sur le genre. L'environnement de protection s'est dégradé à l'Est du pays suite aux conflits armés et inter-ethniques. Même si les provinces de l'ouest et du centre du pays ne sont pas affectées par les conflits armés, l'insécurité, les conflits inter-ethniques liés aux problèmes fonciers et le faible statut des femmes constituent des facteurs de risques de violences basées sur le genre. Selon la Base de données nationale VBG et le Système National d'Information Sanitaire, 30 010 survivants de VBG ont été prise en charge dont 95% de femmes et 3% d'homme. Pour ce qui est de la répartition géographique l'on a majoritairement 10384 (35%) dans le Nord-Kivu 5457 (18%)

dans le sud Kivu et 3828 (%). En outre, 21315 soit 97% sont des survivants adultes contre 40% enfants. Survivants de VBG ont bénéficié de la prise en charge médicale, dans les 72H après l'incident de viol ; 17 682 femmes, filles et garçon, y compris les survivant (e)s de VBG ont bénéficié d'une assistance psychosociale ; 783 femmes, filles et les survivant(e)s de VBG ont été pris en charge dans les espaces sûrs. 2323 femmes et filles vulnérables, y compris les survivant(e)s de VBG ont reçu un kit de réinsertion socio-économique. (13%) à Ituri [37].

2.2. Au Sénégal

Au Sénégal, à l'image de la plupart des pays, la problématique des violences basées sur le genre (VBG), a été confinée dans la sphère domestique, où l'État et les pouvoirs n'interviennent que s'il y a « troubles à l'ordre public ». Une évolution positive est à noter cependant dans la mesure où les VBG sont désormais depuis 2012, posées et considérées comme un problème de société. Cependant, malgré ces efforts consentis ces dernières années en termes de lutte pour l'éradication des VBG, les femmes subissent encore les actes de violence de natures et de formes diverses et de façons systématiques et récurrentes. Aussi peu de connaissances sont disponibles pour le cas du Sénégal sur les stratégies de recours des victimes pour correction et réparation en dépit de l'activisme soutenue des associations et mouvements de femmes à trouver des solutions durables aux VBG.

Les conséquences de la violence sont très lourdes sur le plan humain, social, sanitaire et économique, tant pour les femmes qui la subissent que pour l'ensemble de la société. Les principaux auteurs sont des hommes soit 55% de la population étudiée. 50% des victimes de VBG sont âgées de 20 à 40 ans et 32,7% sont âgées de 40 à 60 ans.

L'espace domestique est un lieu où s'exercent différentes formes de VBG. Les formes de violences fréquemment observées au sein de l'espace domestique sont : verbales (46,5%), physiques (27,6%) et psychologiques (12,5%). En milieu de formation le taux de prévalence des VBG est de 29,6%. Elles se répartissent comme suit dans les différents établissements : Universités (42,8%), lycées (41,8%) et instituts privés de formation (15,4%).

L'absence ou la méconnaissance des structures de prise en charge des VBG dans les lieux de formation est notoire : 50,8% des étudiants et 30,08 % des élèves. En milieu professionnel, les formes de violences subies sont d'ordre psychologique (35,5%), économique (27,5%), physique (9,7%) et sexuel (6,5%). Aussi, remarque-t-on des cas non classables parmi les modalités prédéfinies (16% chez les femmes) tels que les « altercations », « manque de prise

en charge », « langages abusifs » et « humiliations sournaises ». La forme de violence la plus subie dans ce milieu par les femmes est la violence psychologique (50%).

Par ailleurs, 16,7% des femmes sont victimes de violences sexuelles au travail. Les auteurs des VBG en milieu professionnel entretiennent à plus de 50% des cas des rapports hiérarchiques directes avec leurs victimes et sont dans 89% des cas des hommes. Les réactions des auteurs présumés sont la menace (12%), le refus (15%), la demande d'excuse (42%), l'aveu (3%), l'évitement (18%) et la promesse de ne plus recommencer (9%).

En effet, le milieu de travail, loin d'être un milieu neutre caractérisé uniquement par des relations professionnelles au Sénégal, est un cadre de transposition et de reproduction de pratiques sociales ancrées qui poussent les hommes à commettre des actes de VBG contre les femmes. L'accès au monde du travail est une opportunité pour les femmes de s'autonomiser, cette conquête de droits est souvent mal perçue par les collègues de sexe masculin qui traduisent cette frustration par des actes de violences souvent morale mais parfois physiques [38].

2.3. Au Burkina Faso

La méconnaissance des types de VBG par la communauté peut être due à la perception que les femmes et filles ont de ces actes (ils seraient tellement courants et socialement intégrés dans les mentalités qu'on les banalise, on ne s'en plaint plus), ou alors ça pourrait s'expliquer par la difficulté traduire les concepts dans la langue véhiculaire du Burkina Faso. La perception des survivantes des VBG par la communauté est diversifiée, selon le type de VBG et le degré de sensibilisation des membres sur la thématique. En ce qui concerne le mariage précoce, les filles survivantes continuent à être considérées et traitées par la communauté comme des enfants (qu'elles sont), ce qui a pour conséquences : la non-participation aux décisions du ménage, la non-jouissance du droit à la parole, et ipso-facto l'aggravation des inégalités entre les sexes.

Pour ce qui est des autres types de VBG telles que les violences sexuelles (viol, agression sexuelle), les survivantes bénéficient de l'empathie, de la solidarité et du soutien dans les communautés où des actions de sensibilisation ont été menées, tandis que généralement il y a stigmatisation, rejet, là où il n'y a pas eu des actions de sensibilisation. Concernant le viol, la solidarité se traduit souvent par le fait de garder le secret au sujet de l'incident, particulièrement vis-à-vis du mari (cas des survivantes mariées), de peur que la divulgation n'aboutisse au divorce. De janvier à avril 2020, 9 des 16 structures de prise en charge œuvrant dans les domaines médical, psychosocial et de la protection/sécurité visités pendant l'évaluation ont rapporté avoir reçu 142 cas de VBG, soit une moyenne de 36 cas par mois. Les données

rapportées concernent 4 communes de la région du Centre-Nord qui sont : Barsalogho, Kaya, Kongoussi et Tougouri.

De façon globale, les violences sexuelles (viol et agression sexuelle) rapportées ont affecté plus les filles de moins de 18 ans (67 à 75%) que les femmes adultes, exception faite des quatre communes de Barsalogho où tous les cas de viol rapportés concernent les femmes de plus de 18 ans. En ce qui concerne les autres types de VBG, la situation varie comme suit : L'agression physique a davantage touché les femmes de plus de 18 ans (50–100%), Le mariage forcé, a concerné presque autant de filles que des femmes (50–60%) de plus de 18 ans ; Le déni de ressources a affecté davantage les femmes de plus de 18 ans (75%) ; Les violences psychologiques et émotionnelles ont été subies plus par les femmes de plus de 18 ans également (64-75%).

3. Au Cameroun

Dans l'ensemble, les violences basées sur le genre, qu'elles soient physique, sexuelle ou émotionnelle, restent fréquemment observées au Cameroun en dépit d'une amorce de baisse de leur ampleur sur la période 2004- 2018. Elles affectent nettement plus les femmes que les hommes, et s'observent un peu plus dans la région du Centre (sans Yaoundé). En particulier, la violence physique sur les femmes enceintes reste préoccupante particulièrement en milieu urbain et dans les régions du Centre (sans Yaoundé), de l'Est et du Sud. Les partenaires, les amis et connaissances, les inconnus en sont les principaux auteurs des violences sexuelles vis à vis des personnes en union. En particulier, le mari/partenaire est le principal auteur des violences physiques et des violences émotionnelles chez les femmes [11].

D'après l'EDSC-V 2018, 13% de femmes ont été victimes de violences sexuelles à un moment quelconque de leur vie et 5% au cours des 12 derniers mois. Au rang des victimes rapportées en 2018, figurent 2% de femmes qui avaient subi leur première violence sexuelle avant d'atteindre l'âge exact de 15 ans, 6% de femmes avant l'âge exact de 18 ans. Les femmes sont presque autant victimes de violences sexuelles en milieu urbain (5%) qu'en milieu rural (6%). Par ailleurs, celles en union ou en rupture d'union sont plus exposées à ce type de violence que les célibataires.

En 2018, 39% de femmes et 42% d'hommes âgés de 15-49 ans ont déclaré avoir subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans. Ce pourcentage élevé chez les hommes est dû à un nombre important de victimes dans la tranche d'âges 15-19 ans. Les femmes seraient de moins

en moins victimes de violences physiques. En 2018, leur pourcentage a sensiblement baissé à 39% comparé à 53% en 2004 et 55% en 2011.

Le pourcentage de filles qui se marient précocement a diminué de 20% par rapport à 2004 : il est de 12% en 2018. Comparativement aux tendances observées chez les femmes, le mariage précoce est moins observé chez les hommes. En effet, près de 5% d'hommes âgés de 30-49 ans en 2018 étaient déjà en union avant l'âge de 18 ans. Ce phénomène varie selon l'âge, tendant à diminuer dans les jeunes générations.

Les femmes sont de moins en moins autonomes par rapport à l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent. Le pourcentage de femmes participant à la prise de décision sur l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent est en baisse de 14 points en 2018 comparativement à 2011 où il était de 68%. L'utilisation de cet argent est de plus en plus consensuelle entre conjoints. Le pourcentage de celles qui décident conjointement avec leur mari/partenaire de l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent a augmenté de 13 points en 2018 par rapport à 2011 (25%). Cependant, les femmes les plus âgées (45- 49 ans) ont plus d'autonomie sur l'argent qu'elles gagnent par rapport aux femmes les moins âgées.

CHAPITRE III: MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

Nous avons mené une étude transversale descriptive avec collecte prospective des données.

2. Lieu de l'étude

Notre étude avait pour cadre le service des urgences de l'hôpital Central de Yaoundé, le Centre Médical d'arrondissement de Nkomo, toutes les délégations d'arrondissement de la promotion de la femme et de la famille basées dans le Mfoundi et les associations des victimes (ALVF, ACAFEJ, RENATA).

3. Justification du lieu d'étude

Les structures sélectionnées représentent les principaux lieux où les victimes sont prises en charge après avoir subi une violence.

4. Durée de l'étude

Cette étude s'est déroulée sur 09 mois, soit de Septembre 2023 à Mai 2024.

5. Population d'étude

Elle englobait toutes les victimes de violences dans la ville de Yaoundé.

5.1. Population source

Il s'agissait des victimes de violences basées sur le genre dans la ville de Yaoundé

5.2. Population cible

Il s'agissait des victimes de violences basées sur le genre reçues dans les structures sélectionnées dans la ville de Yaoundé.

5.3. Critères d'inclusion

Etaient inclus dans notre étude :

- Toute survivante de violences basées sur le genre ;
- Consentante de participer à notre étude ;
- Prise en charge dans les structures sélectionnées.

5.4. Critères d'exclusion

- Tout retrait de l'étude ;

6. Echantillonnage

6.1. Type d'échantillon

Nous avons réalisé un échantillonnage consécutif et exhaustif.

6.2. Calcul de la taille minimale de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été donnée par la formule suivante :

$$N = \frac{t^2 \times p(1-p)}{m^2},$$

n = Taille de l'échantillon

p = Prévalence des violences basées sur le genre;

t = Niveau de confiance, 1.96

m = Marge d'erreur ce qui est accepté de chaque côté pour rendre le résultat. Le plus souvent utilisé comme 0,05, soit 5%, ce qui implique l'intervalle de confiance à 95%

➤ Application numérique :

$$n = [0.76 \times (1-0.76) \times 3.8416] / 0,05 \times 0,05 = 280,283136$$

Pour ces valeurs, la taille minimale de l'échantillon était n = **280 Patients**.

7. Procédure

7.1. Formalité administrative

Afin de bien mener notre étude, nous avons validé notre protocole par nos maîtres et les différents comités d'éthiques de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I. Nous avons ensuite demandé et obtenu des autorisations de recherche auprès des responsables des différentes structures sélectionnées.

7.2. Recrutement

- Le recrutement des patients s'est fait dans les différentes structures sélectionnées à travers un questionnaire anonyme rempli au préalable par les victimes. Après obtention des autorisations d'étude et clarence éthique, nous avons commencé par :
- Décliner notre identité auprès des responsables des différentes structures
- Présenter brièvement l'étude à travers une notice d'information ;
- Procéder à l'interrogatoire des victimes à travers un questionnaire pré-testé dans les salles de consultations privées accompagné d'un personnel qualifié.

7.3. Collecte des données

Les données ont été récoltées à partir d'un questionnaire anonyme portant sur le profil sociodémographique des victimes, l'identification du type de violence basée sur le genre subi,

les circonstances de survenue et le parcours de prise en charge des victimes. Ensuite, nous avons eu recours à un statisticien pour les analyser afin d'obtenir les résultats escomptés.

7.4. Synthèse et analyse statistique des données

7.4.1. Définition des termes opérationnels

- ❖ **Violence** : fait référence à un comportement violent comme moyen de contrôle et d'oppression sous l'aspect émotionnel, physique, social, économique et de coercition.
- ❖ **Sexe** : fait référence aux caractéristiques biologiques d'une personne mâle ou femelle.
- ❖ **Genre** : dénote les caractéristiques sociales attribuées aux hommes et aux femmes par une société donnée.
- ❖ **Cis genre** : personne dont l'identité de genre est conforme au sexe qui lui a été attribué à la naissance.
- ❖ **Transgenre** : personne dont l'identité sexuelle psychique ne correspond pas au sexe biologique.
- ❖ **Orientation sexuelle** : attirance physique, amoureuse ou émotionnelle, d'une personne envers les personnes du genre opposé, du même genre, d'aucun genre ou plus d'un genre, ou le fait d'entretenir des relation intimes avec ces personnes.
- ❖ **Concubinage** : union de fait marquée par une vie commune stable et continue entre deux personnes, de même sexe ou de sexe différent qui vivent en couple.
- ❖ **Marié** : personne unie à une autre par les liens du mariage.
- ❖ **Célibataire** : personne en âge de vivre en couple ou d'être mariée, mais qui n'a pas de conjoint dans sa vie sentimentale ou sexuelle.
- ❖ **Bisexuel** : personne qui peut être attirée par un individu du même sexe ou par un individu du sexe opposé sans préférence.
- ❖ **Hétérosexuel** : attirance sexuelle pour les individus du sexe opposé.
- ❖ **Acteur du secteur informel** : ensemble d'unités produisant des biens et des services en vue principalement de créer des emplois et des revenus pour les personnes concernées.
- ❖ **Violence basée sur le genre** : terme désignant tout dommage qui est commis contre une personne et résultant de rapports de force inégaux déterminés par des rôles socialement attribués aux hommes et aux femmes. Ainsi, elle est principalement fondée sur les différences sociales (genre) entre hommes et femmes.
- ❖ **Agressions sexuelles** : représentent toutes formes de contact sexuel avec ou sans pénétration sans le consentement d'une des personnes concernées. Entre autres

exemples : les viols, les tentatives de viol ainsi que les baisers, les caresses et les attouchements non désirés aux parties sensibles.

- ❖ **Mutilations génitales féminines/Excision** : constitue un acte de violence qui lèse les organes sexuels. A ce titre, elles portent atteinte à l'intégrité physique de la femme
- ❖ **Agressions physiques** : constitue toutes les formes de violence perpétrées sur le corps humain : Coups, gifles, strangulation, coupures, bousculades, brûlures, tirs ou usage d'armes, quelles qu'elles soient, attaques à l'acide ou tout autre acte occasionnant des douleurs, une gêne ou des blessures.
- ❖ **Violences psychologiques/émotionnelles** : Infliction de douleurs ou de blessures morales, mentales ou émotionnelles. Entre autres exemples, on peut citer les menaces de violence physique ou sexuelles, intimidation, humiliation, isolement forcé, poursuite, harcèlement verbal, parjure, attention non souhaitée, remarques, gestes ou écrits de nature sexuelle et/ ou menaçants, destruction de biens précieux.
- ❖ **Mariage forcé** : consiste à nouer un mariage sans tenir compte du consentement des deux conjoints.
- ❖ **Le lévirat** : consiste pour une veuve à avoir pour conjoint le frère de son mari défunt.
- ❖ **Le sororat** : consiste pour un veuf à épouser la sœur de sa femme défunte, la possibilité pour le mari d'épouser n'importe laquelle des sœurs non mariées de la défunte.
- ❖ **Mariage précoce** : est un mariage, généralement, célébré par les parents de la femme alors qu'elle n'a pas l'âge requis et n'a pas encore atteint la maturité biologique et physiologique.
- ❖ **Déni de ressources, d'opportunités ou de services** : refus d'accès légitime à des ressources/actifs économiques ou à des opportunités de subsistance ou à des services éducatifs, sanitaires ou autres services sociaux. A titre d'exemples, on parlera de déni de ressources, d'opportunités et de services lorsqu'une veuve est empêchée de recevoir un membre de sa famille, lorsqu'une femme/fille se voit interdire l'usage des moyens de contraception, lorsqu'elle est empêchée d'exercer une activité génératrice de revenu ou d'aller à l'école.
- ❖ **La violence économique** : privation d'accès aux ressources financières et aux ressources du ménage ou aux biens essentiels, contrôle ou spoliation, parfois même lorsque la femme a une activité rémunérée.
- ❖ **Couple** : entité sociale formée de la relation (de mariage ou de concubinage) entre un homme et une femme.

- ❖ **Viol** : pénétration vaginale, anale ou buccale sans consentement (même superficielle), à l'aide du pénis ou d'une autre partie du corps. S'applique également à l'insertion d'un objet dans le vagin ou l'anus.
- ❖ **Le harcèlement sexuel** : est une forme de violence que subissent des femmes se trouvant sous l'autorité d'un homme dont la décision est déterminante pour leur sort.
- ❖ **Le/la survivant(e)/victime** : désigne toute personne ayant subi une violence basée sur le genre. Les termes « victime » et « survivant(e) » sont interchangeables. « Victime » est un terme souvent utilisé dans les domaines juridique et médical. « Survivant(e) » est le terme généralement plus utilisé dans les secteurs d'appui psychosocial, car il est plus flexible.
- ❖ **L'auteur/agresseur/coupable** : désigne la personne, le groupe, ou l'institution qui inflige directement ou qui appuie la violence sous une forme ou une autre.
- ❖ **La communauté** : est le terme utilisé pour désigner la population affectée. On peut ainsi parler de la communauté des réfugiés, des déplacés, des autochtones ou population hôte dans les situations de crise par exemple.
- ❖ **Employé du secteur public** : ensemble des métiers en lien avec l'administration de l'Etat et au niveau local, les collectivités territoriales.
- ❖ **Employé du secteur privé** : ensemble de personne qui travaille dans des secteurs d'activités qui ne sont pas pris en charge par l'Etat.

7.4.2. Intégration et analyse des données

Les données recueillies ont été saisies puis analysées à l'aide du logiciel SPSS Version 23.0. Le traitement de texte et des tableaux a été fait grâce aux logiciels Microsoft Word et Excel 2016.

Les variables qualitatives ont été résumées sous forme de tableau de fréquence ; quant aux variables quantitatives, nous avons utilisé la moyenne, le minimum, le maximum, l'écart type, la médiane et l'intervalle interquartile.

8. Ressources

8.1. Ressources humaines

- L'enquêteur principal ;
- Les encadreurs ;
- Un statisticien.

8.2. Ressources matérielles

- Des rames de papier format A4 ;
- Des stylos à bille, marque Bic® ;
- Crayons ;
- Gommages ;
- Des caches nez ;
- Des solutions hydroalcooliques ;
- Un questionnaire préétablie (confère annexe) ;
- Un ordinateur portable ;
- Une connexion internet ;
- Clés USB.

9. Considérations éthiques

Nous nous sommes engagés à faire notre étude en accord avec les normes de la déclaration d'Helsinki et du code de Nuremberg, en respectant l'homme et en soumettant notre protocole d'étude au comité d'éthique. L'étude s'est fait dans le respect de la dignité humaine. Les autorisations nécessaires ont été obtenues auprès des autorités compétentes de différentes structures sélectionnées, de la faculté de médecine et des sciences biomédicales de l'université de Yaoundé I et du Comité National d'Ethique. Durant cette étude nous nous sommes appliqués à respecter les principes fondamentaux de la déclaration d'Helsinki sur la recherche impliquant des personnes :

- Le principe de l'intérêt et du bénéfice de la recherche ;
- Le principe de l'innocuité de la recherche ;
- La confidentialité

CHAPITRE IV: RESULTATS

1. Recrutement

La présente étude s'est déroulée de Septembre 2023 à Mai 2024, soit 09 mois. La figure 1 ci-dessous représente le processus de recrutement de la population d'étude.

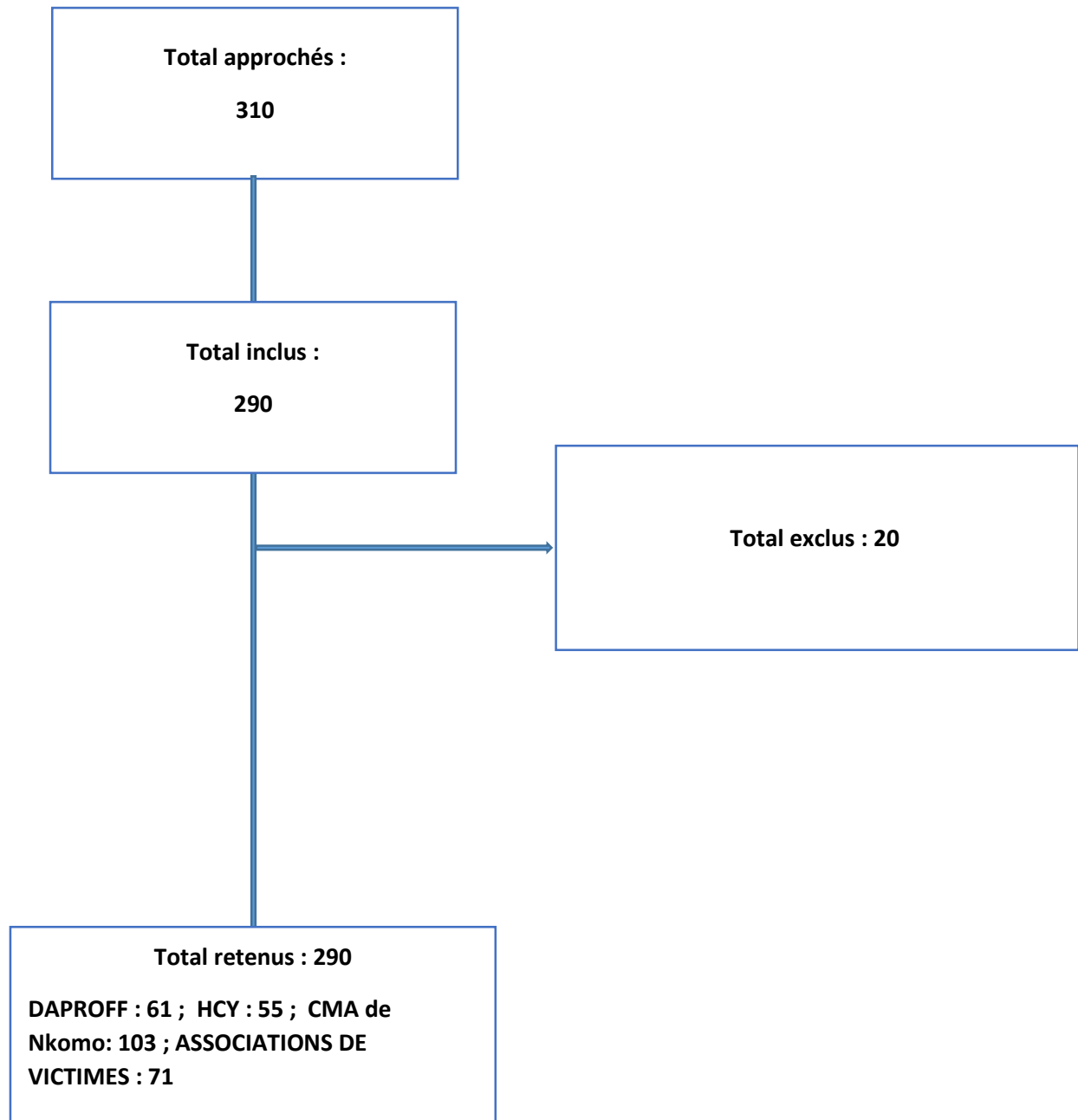


Figure 1 : Diagramme de flux de recrutement de la population d'étude

2. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

2.1. Age, sexe et statut matrimonial,

L'âge médian des participants était de $30,3 \pm 12,1$ ans, avec des extrêmes de 3 et 67 ans. La majorité était âgée entre 20 et 30 ans (29,7%) et de sexe féminin (86,2%), soit un sex-ratio de 0,16. Concernant le statut matrimonial, les célibataires étaient les plus représentés, soit 31,0% des cas (tableau I).

Tableau I : Répartition de la population en fonction des caractéristiques sociodémographiques

Variables	Effectifs (N=290)	Fréquence (%)
Tranches d'âges (années)		
< 10	12	4,1
[10-20[	44	15,2
[20-30[	86	29,7
[30-40[	78	26,9
[40-50[	57	19,7
[50-60[	7	2,4
≥ 60	6	2,1
Sexe		
Masculin	40	13,8
Féminin	250	86,2
Statut matrimonial		
Célibataire	90	31,0
Marié	81	27,9
Concubinage	80	27,6
En couple	33	11,4
Veuf	4	1,4
Divorcé	2	0,7

2.2. Niveau d'étude et occupation

Le tableau II ci-dessous montre que la plupart des participants avaient un niveau d'étude secondaire et étaient des acteurs du secteur informel, soit respectivement 50,0% et 35,2%.

Tableau II: Répartition de la population en fonction du niveau d'étude et de l'occupation

Variables	Effectifs (N=290)	Fréquence (%)
Niveau d'étude		
Aucun	5	1,7
Primaire	36	12,4
Secondaire	145	50,0
Supérieur	99	34,1
Non documenté	5	1,7
Occupation		
Actrice du secteur informel	102	35,2
Elève/Etudiante	101	34,8
Sans emploi	36	12,4
Employé du secteur public	34	11,7
Employé du secteur privé	13	4,5
Non documenté	4	1,4

2.3. Région d'origine, religion et lieu de résidence

Les ressortissants de la région du Centre étaient les plus représentés, soit 50,3% des cas. Quant à la religion, les chrétiens étaient prépondérants à 94,1%. La résidence urbaine représentait le principal lieu de résidence, soit 95,9% comme le montre le tableau III ci-dessous.

Tableau III : Répartition de la population en fonction de la région d'origine, de la religion et du lieu de résidence

Variables	Effectifs (N=290)	Fréquence (%)
Région d'origine		
Centre	146	50,3
Ouest	53	18,3
Sud	30	10,3
Littoral	24	8,3
Grand-Nord	15	5,2
Est	12	4,1
Sud-Ouest	4	1,4
Nord-Ouest	2	0,7
Etrangère	1	0,3
Non documentée	3	1,0
Religion		
Chrétien	273	94,1
Musulman	16	5,5
Athée	1	0,3
Lieu de résidence		
Urbain	278	95,9
Rural	12	4,1

2.4. Caractéristiques comportementales

Les cis genres et les hétérosexuels étaient les deux caractéristiques comportementales les plus représentées dans des proportions respectives de 99,7% et 99,3% (tableau IV).

Tableau IV : Répartition de la population en fonction des caractéristiques comportementales

Variables	Effectifs (N=290)	Fréquence (%)
Considération de soi		
Cis genre	289	99,7
Transgenre	1	0,3
Orientation sexuelle		
Hétérosexuel	288	99,3
Bisexuel	2	0,7

3. Typologies de violences basées sur le genre

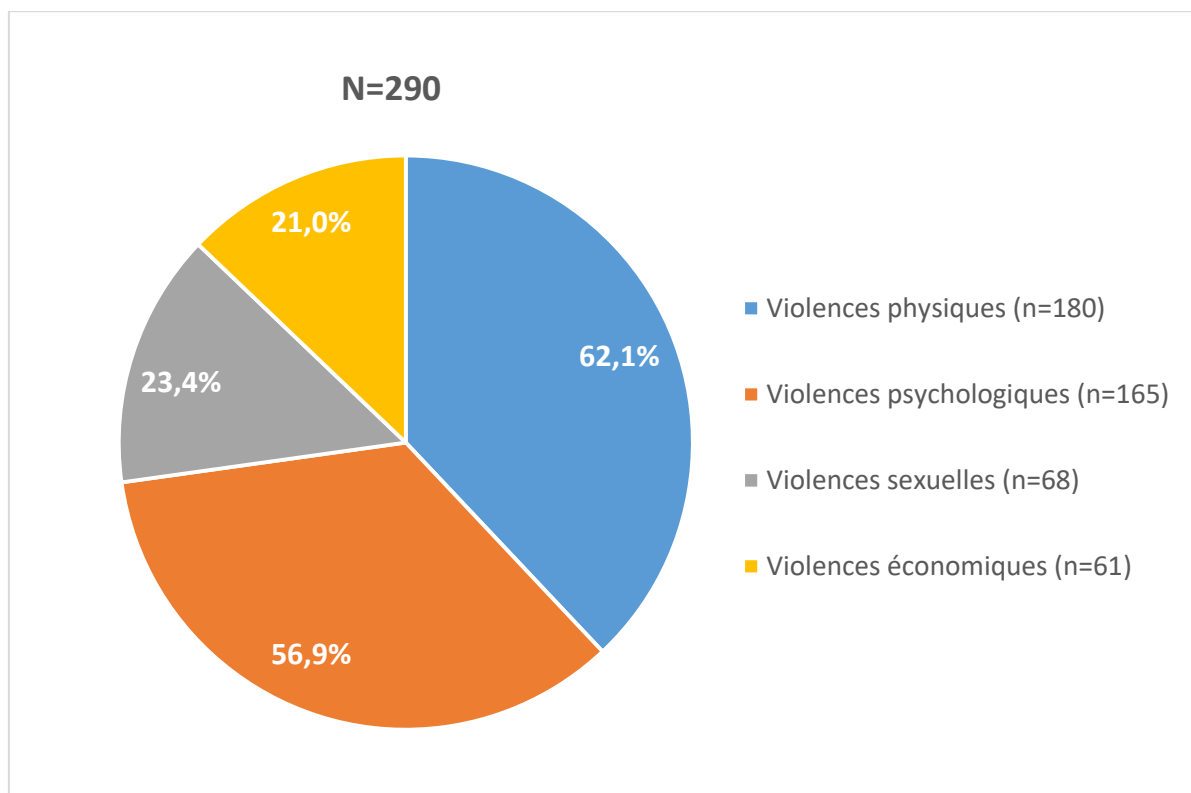


Figure 2 : Distribution de la population en fonction des formes de violences basées sur le genre

Les principales formes de violences basées sur le genre rencontrées seules ou en association étaient les violences physiques (62,1%) et les violences psychologiques (56,9%). Par ailleurs, nous n'avons pas retrouvé de violence culturelle (figure 2).

Toutefois, nous avons retrouvé que les victimes avaient pour lien avec leur agresseur, le mariage ou le concubinage, soit partageant des relations intimes en cohabitation, soit 79,3% (tableau V).

Tableau V : Répartition de la population en fonction des liens entretenus avec l'agresseur

Lien avec l'agresseur	Effectifs (N=290)	Fréquence (%)
Mari/Femme	75	25,9
Conjoint/Concubin	80	27,6
Petit ami	30	10,3
Parents	18	6,2
Autres	87	30

3.1. Violences physiques en fonction des caractéristiques sociodémographiques et du lien avec l'agresseur

Les participants âgés de 30 et plus avaient significativement plus de risque d'être agressés physiquement ($p < 0,001$), de même que ceux de sexe masculin ($p=0,001$) et les participants mariés ou en concubinage ($p < 0,001$). Le constat était que ceux vivant donc sous le même toit que leur conjoint, avaient significativement plus de risque de subir une violence physique (tableau VI).

Tableau VI : Répartition des violences physiques en fonction des caractéristiques sociodémographiques et du lien avec l'agresseur

Variables	Violences physiques	Pas de violences physiques	Valeur p
	N=180 ; n(%)	N=110 ; n(%)	
Tranches d'âges (années)			
< 10	1 (0,6)	11 (10,0)	< 0,001
[10-20[	11 (6,1)	33 (30,0)
[20-30[	48 (26,7)	38 (34,5)
[30-40[	67 (37,2)	11 (10,0)
[40-50[	43 (23,9)	11 (10,0)
[50-60[	5 (2,8)	14 (12,7)
≥ 60	5 (2,8)	1 (0,9)	
Sexe			
Masculin	34 (18,9)	6 (5,5)	0,001
Féminin	146 (81,1)	104 (94,5)	
Statut matrimonial			
Célibataire	28 (15,6)	62 (56,4)	< 0,001
Concubinage	63 (35,0)	17 (15,5)	
Marié	64 (35,6)	17 (15,5)	
En couple	23 (12,8)	10 (9,1)	
Veuf	2 (1,1)	2 (1,8)	
Divorcé	0 (0,0)	2 (1,8)	
Lien avec l'agresseur			
Mari/femme	60 (33,3)	15 (13,6)	< 0,001
Concubin	62 (34,4)	18 (16,4)	
Petit ami	23 (12,8)	7 (6,4)	
Parents	1 (0,6)	17 (15,5)	
Autres	34 (18,9)	53 (48,2)	

3.2. Violences psychologiques en fonction des caractéristiques sociodémographiques et du lien avec l'agresseur

Les participants âgés de 30 et plus ($p < 0,001$), de sexe féminin ($p=0,001$), en concubinage ou mariés ($p < 0,001$), comme le montre le tableau suivant :

Tableau VII : Répartition des violences psychologiques en fonction des caractéristiques sociodémographiques et du lien avec l'agresseur

Variables	Violences psychologiques	Pas de violences psychologiques	Valeur p
	N=165 ; n(%)	N=125 ; n(%)	
Tranches d'âges (années)			
< 10	0 (0,0)	12 (9,6)	< 0,001
[10-20[	11 (6,7)	33 (26,4)
[20-30[	41 (24,8)	45 (36,0)
[30-40[	56 (33,9)	22 (17,6)
[40-50[	47 (28,5)	10 (8,0)
[50-60[	5 (3,0)	2 (1,6)
≥ 60	5 (3,0)	1 (0,8)	
Sexe			
Masculin	13 (7,9)	27 (21,6)	0,001
Féminin	152 (92,1)	98 (78,4)	
Statut matrimonial			
Célibataire	30 (18,2)	60 (48,0)	< 0,001
Concubinage	54 (32,7)	26 (20,8)	
Marié	66 (40,0)	15 (12,0)	
En couple	12 (7,3)	21 (16,8)	
Veuf	2 (1,2)	2 (1,6)	
Divorcé	1 (0,6)	1 (0,8)	
Lien avec l'agresseur			
Mari/femme	61 (37,0)	14 (11,2)	< 0,001
Concubin	55 (33,3)	25 (20,0)	
Petit ami	13 (7,9)	17 (13,6)	
Parents	16 (9,7)	2 (1,6)	
Autres	20 (12,1)	67 (53,6)	

3.3. Violences sexuelles en fonction des caractéristiques sociodémographiques et du lien avec l'agresseur

Les participants de moins de 20 ans de sexe féminin et célibataires avaient significativement plus de risque d'être violentés sexuellement ($p < 0,001$). Pour ce qu'il est de l'agresseur, nous avons retrouvé que les liens autres que la parenté nucléaires ou l'amitié sentimentale étaient associés aux violences sexuelles chez nos participants ($p < 0,001$), comme le montre le tableau suivant :

Tableau VIII : Répartition des violences sexuelles en fonction des caractéristiques sociodémographiques et du lien avec l'agresseur

Variables	Violences sexuelles	Pas de violences sexuelles	Valeur p
	N=68 ; n(%)	N=222 ; n(%)	
Tranches d'âges (années)			
< 10	12 (17,6)	0 (0,0)	< 0,001
[10-20[	31 (45,6)	13 (5,9)
[20-30[	20 (29,4)	66 (29,7)
[30-40[	5 (7,4)	73 (32,9)
[40-50[	0 (0,0)	57 (25,7)
[50-60[	0 (0,0)	7 (3,2)
≥ 60	0 (0,0)	6 (2,7)	
Sexe			
Masculin	0 (0,0)	40 (18,0)	< 0,001
Féminin	68 (100,0)	182 (82,0)	
Statut matrimonial			
Célibataire	57 (83,8)	33 (14,9)	< 0,001
Concubinage	2 (2,9)	78 (35,1)	
Marié	4 (5,9)	77 (34,7)	
En couple	5 (7,4)	28 (12,6)	
Veuf	0 (0,0)	4 (1,8)	
Divorcé	0 (0,0)	2 (0,9)	
Lien avec l'agresseur			
Mari/femme	2 (2,9)	73 (32,9)	< 0,001
Concubin	1 (1,5)	79 (35,6)	
Petit ami	1 (1,5)	29 (13,1)	
Parents	0 (0,0)	18 (8,1)	
Autres	64 (94,1)	23 (10,4)	

3.4. Violences économiques en fonction des caractéristiques sociodémographiques et du lien avec l'agresseur

Les participants âgés de 30 et plus de sexe féminin et mariés avec comme lien avec l'agresseur le mariage, avaient significativement plus de risque de subir une violence économique ($p < 0,001$) comme le montre le tableau IX ci-dessous.

Tableau IX : Répartition des violences économiques en fonction des caractéristiques sociodémographiques et du lien avec l'agresseur

Variables	Violences économiques	Pas de violences économiques	Valeur p
	N=61 ; n(%)	N=229 ; n(%)	
Tranches d'âges (années)			
< 10	0 (0,0)	12 (5,2)	< 0,001
[10-20[	1 (1,6)	43 (18,8)
[20-30[	10 (16,4)	76 (33,2)
[30-40[	25 (41,0)	53 (23,1)
[40-50[	20 (32,8)	37 (16,2)
[50-60[	2 (3,3)	5 (2,2)
≥ 60	3 (4,9)	3 (1,3)	
Sexe			
Masculin	3 (4,9)	37 (16,2)	< 0,001
Féminin	58 (95,1)	192 (83,8)	
Statut matrimonial			
Célibataire	8 (13,1)	82 (35,8)	< 0,001
Concubinage	15 (24,6)	65 (28,4)	
Marié	34 (55,7)	47 (20,5)	
En couple	2 (3,3)	31 (13,5)	
Veuf	0 (0,0)	4 (1,7)	
Divorcé	2 (3,3)	0 (0,0)	
Lien avec l'agresseur			
Mari/femme	34 (55,7)	41 (17,9)	< 0,001
Concubin	16 (26,2)	64 (27,9)	
Petit ami	1 (1,6)	29 (12,7)	
Parents	4 (6,6)	14 (6,1)	
Autres	6 (9,8)	81 35,4)	

4. Caractéristiques des typologies des violences basées sur le genre

4.1. Caractéristiques des violences physiques basées sur le genre

Seuls 31,1% des victimes étaient nouvellement atteint. En règle général, nous retrouvions que la plupart des VBG physiques étaient souvent fréquentes chez nos participants (47,2%) à tout moment de la journée (45,0%) à la maison (88,3%), due au conjoint (34,4%) ou à l'époux (33,3%), comme le montre le tableau suivant :

Tableau X : Répartition de la population en fonction des antécédents de VBG physiques et les circonstances lésionnelles

Variables	Effectifs (n=180)	Fréquence (%)
Fréquence de survenue des VBG*		
physiques		
Souvent	85	47,2
Parfois	39	21,7
De novo	56	31,1
Période de survenue des VBG		
Matin	1	0,6
Après-midi	9	5,0
Soirée	27	15,0
Nuit	62	34,4
Tout moment	81	45,0
Lieux fréquents de survenue des VBG		
Maison	159	88,3
Lieux publics	29	16,1
Autres	2	1,1
Lien avec l'agresseur		
Mari/Femme	60	33,3
Conjoint(e)/Concubin(e)	62	34,4
Petit(e)ami(e)	23	12,8
Parents	1	0,6
Autres	34	18,9

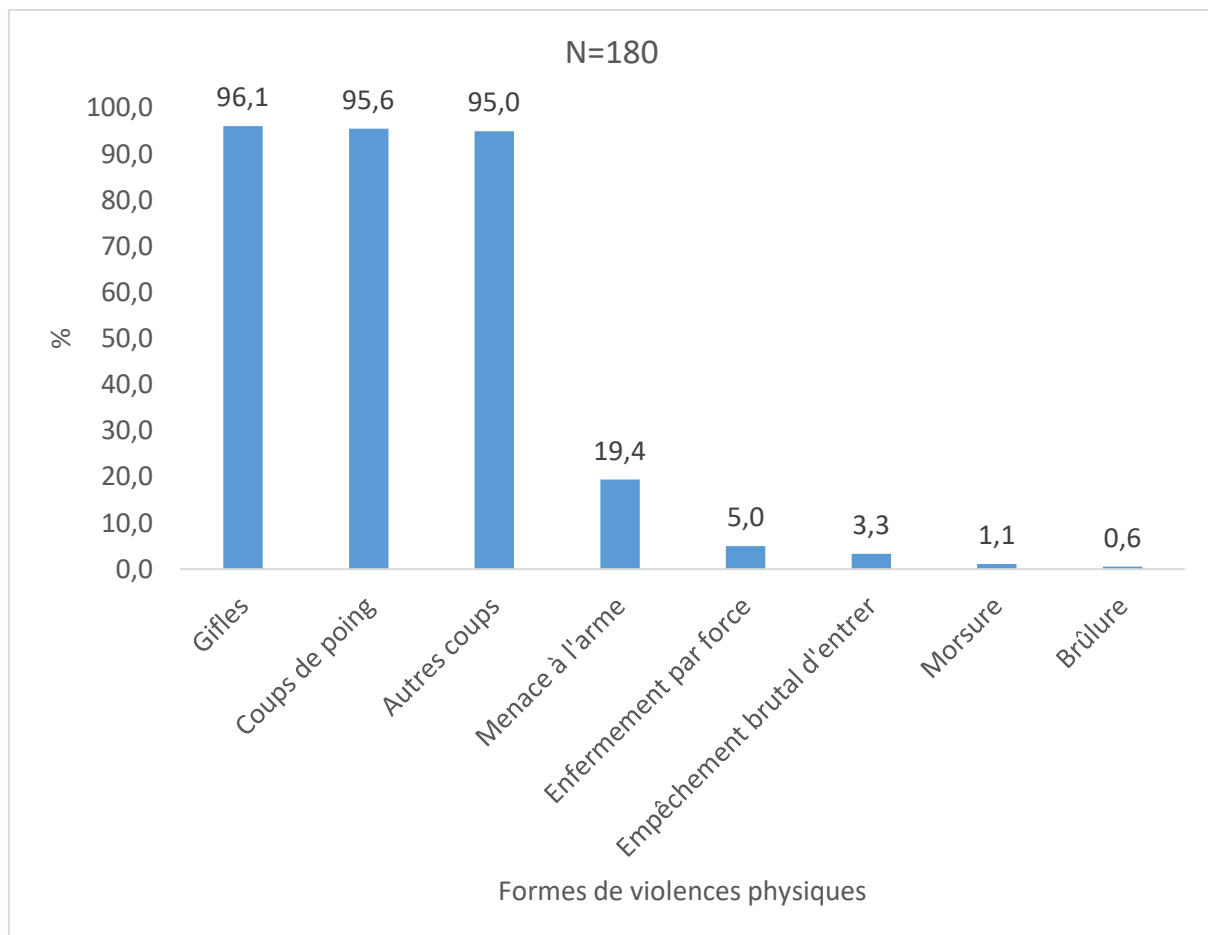


Figure 3 : Répartition de la population en fonction du mécanisme lésionnel au cours des VBG physiques

La figure 3 ci-dessus montre que les principaux mécanismes lésionnels au cours des VBG physiques étaient les gifles (96,1%), les coups de poing (95,6%) et autres coups (95,0%).

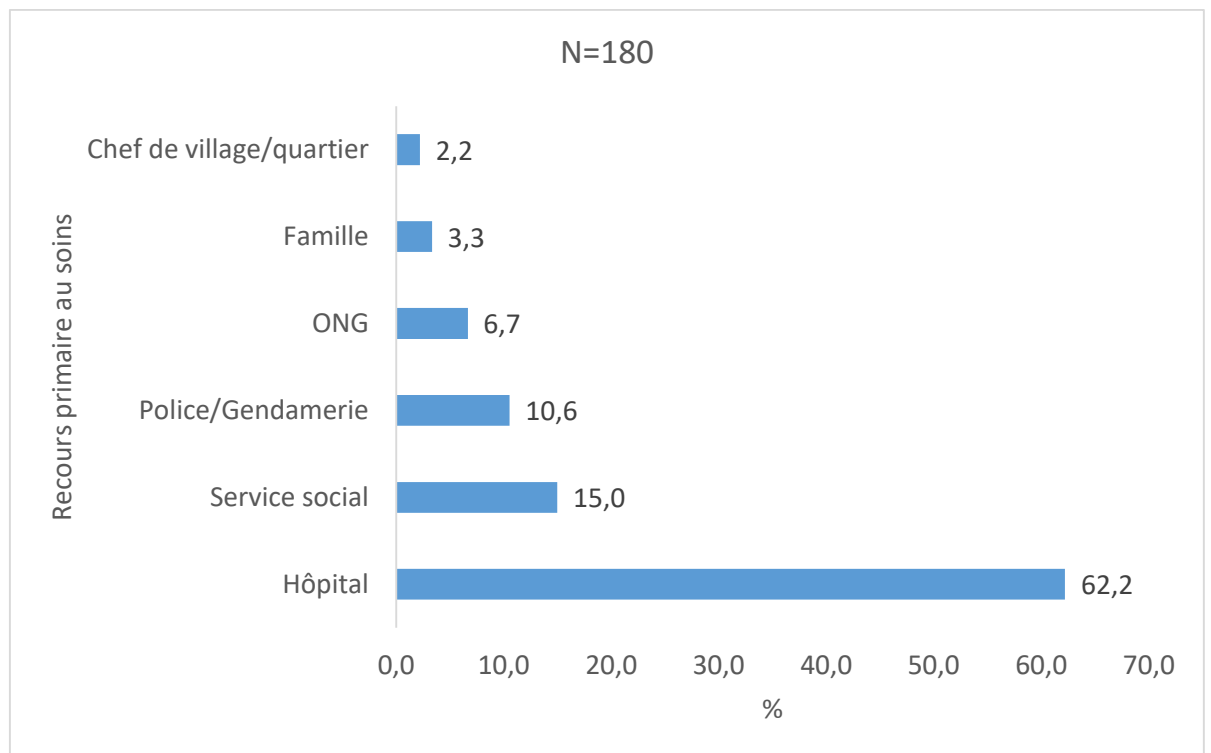


Figure 4 : Répartition de la population en fonctions des modalités du recours primaire au cours des VBG physiques

L'hôpital représentait le recours primaire le plus utilisé, soit dans 62,2% des cas comme le montre la figure 4 ci-dessus.

De même, la prise en charge des VBG physiques était faite en milieu sanitaire, soit dans 72,8% (tableau XI).

Tableau XI : Répartition de la population en fonction du type de prise en charge des VBG physiques

Prise en charge des VBG physiques	Effectifs (n=180)	Fréquence (%)
Sanitaire	131	72,8
Communautaire	18	10,0
Familial	11	6,1
Psychologique	7	3,9
Judiciaire	6	3,3
Autres	7	3,9

4.2. Caractéristiques des violences psychologiques basées sur le genre

Les antécédents de VBG psychologiques étaient retrouvés dans 97,6% des cas. Elles survenaient généralement à tout moment de la journée (76,4%) à la maison (98,2%), causées par l'époux (37%) ou le concubin (33,3%) comme le montre le tableau XII ci-dessous.

Tableau XII : Répartition de la population en fonction des antécédents de VBG psychologiques et les circonstances lésionnelles

Variables	Effectifs (n=165)	Fréquence (%)
Fréquence de survenue des VBG*		
Souvent	124	75,2
Parfois	37	22,4
De novo	4	2,4
Période de survenue des VBG		
Matin	1	0,6
Après-midi	4	2,4
Soirée	19	11,5
Nuit	15	9,1
Tout moment	126	76,4
Lieux fréquents de survenue des VBG		
Maison	162	98,2
Lieux publics	11	6,7
Lieu de travail	1	0,6
Lien avec l'agresseur		
Mari/Femme	61	37,0
Conjoint(e)/Concubin(e)	55	33,3
Petit(e)ami(e)	13	7,9
Parents	16	9,7
Autres	20	12,1

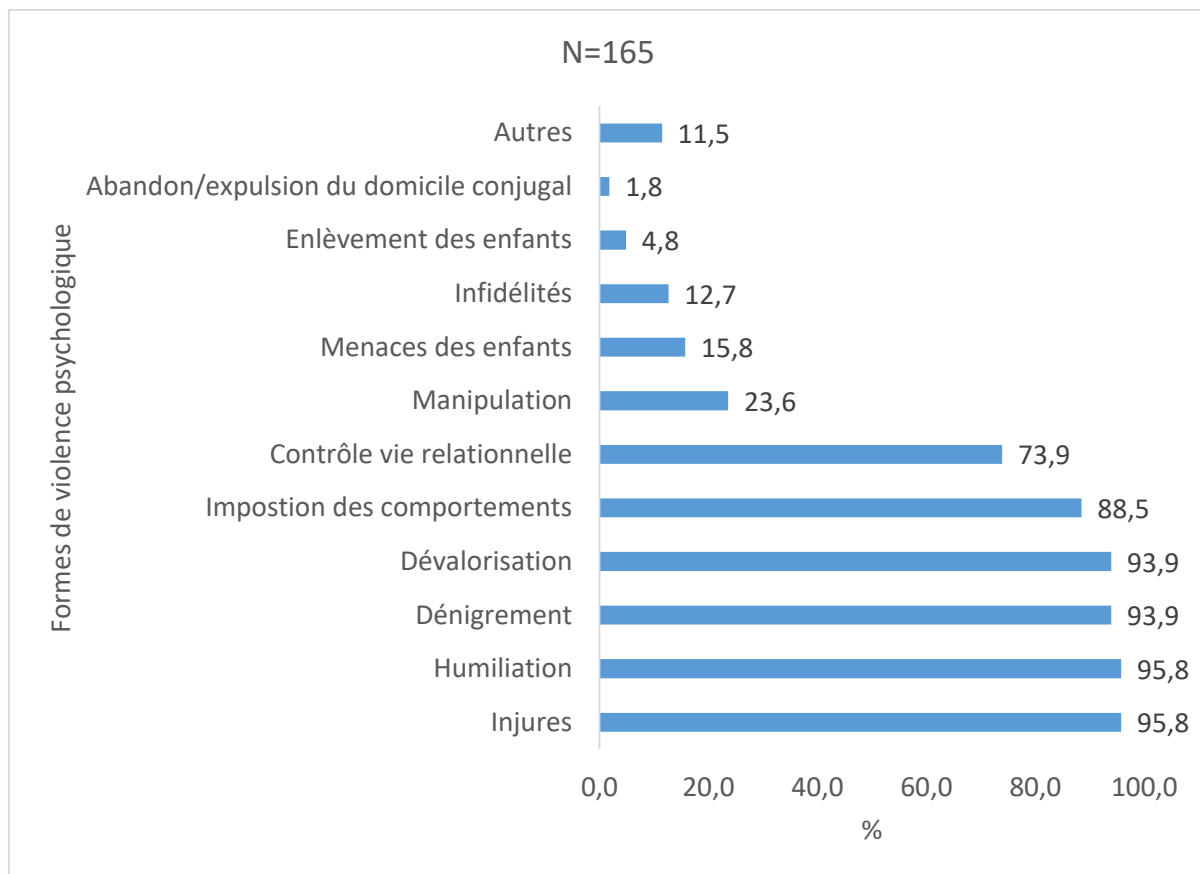


Figure 5 : Répartition de la population en fonction des formes de violences psychologiques

Les formes de violences psychologiques étaient majoritairement représentées par les injures (95,8%), les humiliations (95,8%), le dénigrement (93,9%), la dévalorisation (93,9%) et les impositions des comportements à adopter (88,5%). (Figure 5)

Le recours primaire après violence psychologique était dominé par le recours hospitalier, soit 30,9% des cas. Quant à la prise en charge, le recours psychologique était prépondérant à 48,5% (tableau XIII).

Tableau XIII : Répartition de la population en fonction des modalités de recours primaire et du type de prise en charge des VBG psychologiques

Variables	Effectifs (n=165)	Fréquence (%)
Premier recours post VBG psychologiques		
Hôpital	51	30,9
Service social	44	26,7
ONG	37	22,4
Police/Gendarmerie	16	9,7
Famille	13	7,9
Chef de village/quartier	4	2,4
Types de prise en charge des VBG psychologiques		
Psychologique	80	48,5
Communautaire	58	35,2
Familial	9	5,5
Judiciaire	8	4,8
Sanitaire	4	2,4
Autres	6	3,6

4.3. Caractéristiques des violences sexuelles basées sur le genre

Concernant les violences sexuelles, 67,6% des participants en étaient victime pour la 1^{ère} fois. Ces agressions sexuelles réalisées par des personnes autres que le partenaire sexuel (94,1%) le plus souvent la nuit (58,8%), soit à la maison (48,5%) ou dans les lieux publics (48,5%). (Tableau XIV).

Tableau XIV : Répartition de la population en fonction des antécédents de VBG sexuelles et les circonstances lésionnelles.

Variables	Effectifs (n=68)	Fréquence (%)
Fréquence de survenue des VBG*		
De novo	46	67,6
Parfois	12	17,6
Souvent	10	14,7
Période de survenue des VBG		
Après-midi	5	7,4
Soirée	17	25,0
Nuit	40	58,8
Tout moment	6	8,8
Lieux fréquents de survenue des VBG		
Maison	33	48,5
Lieux publics	33	48,5
Lien avec l'agresseur		
Autres	64	94,1
Mari/Femme	2	2,9
Conjoint(e)/Concubin(e)	1	1,5
Petit(e)ami(e)	1	1,5

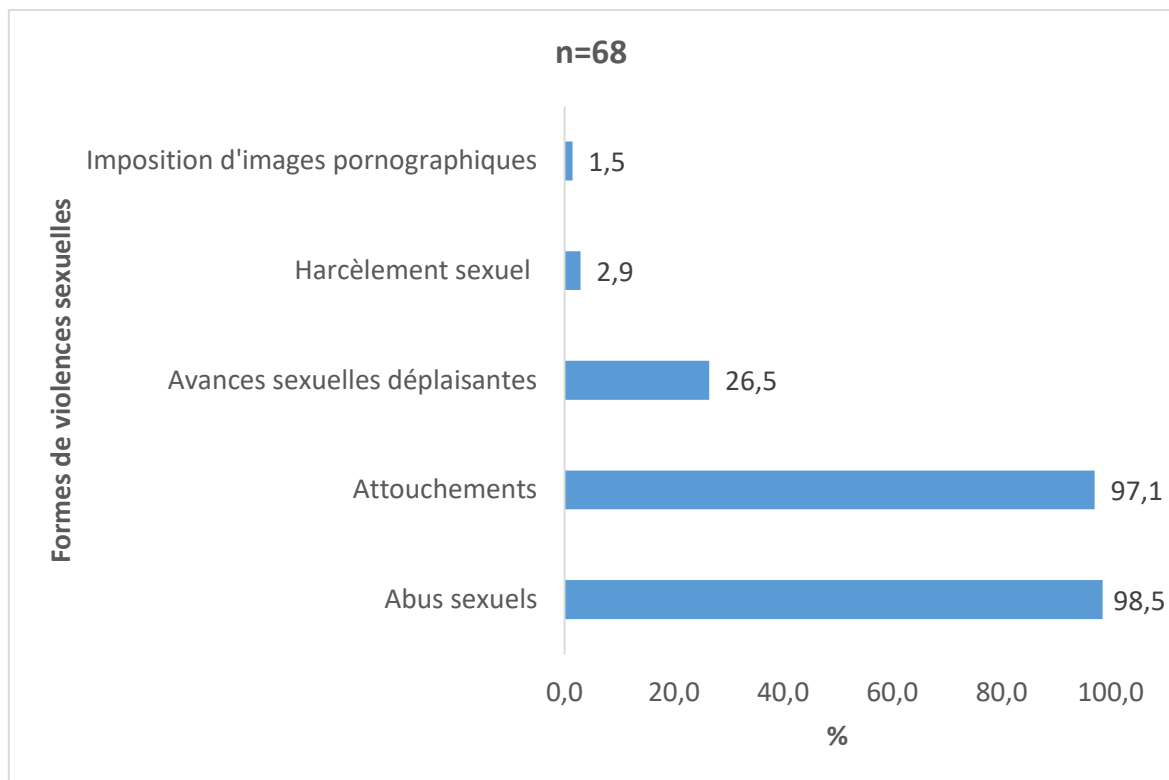


Figure 6 : Répartition de la population en fonction des formes de violences sexuelles

Les formes de violences les plus retrouvées étaient les abus sexuels et les attouchements, soit 98,5% et 97,1% respectivement (figure 6).

L'hôpital représentait le principal lieu vers lequel se dirigeaient les victimes de violences sexuelles, soit dans 82,4% des cas. La prise en charge sanitaire (57,4%) et psychologique (29,4%) constituaient les soins reçus par ces derniers comme le montre le tableau XV ci-dessous.

Tableau XV : Répartition de la population en fonction des modalités de recours primaire et du type de prise en charge des VBG sexuelles

Variables	Effectifs (n=68)	Fréquence (%)
Premier recours post VBG sexuelles		
Hôpital	56	82,4
Police/Gendarmerie	8	11,8
ONG	2	2,9
Famille	2	2,9
Types de prise en charge des VBG sexuelles		
Sanitaire	39	57,4
Psychologique	20	29,4
Judiciaire	6	8,8
Familial	1	1,5
Autres	2	2,9

4.4. Caractéristiques des violences économiques basées sur le genre

Les victimes de violences économiques n'étaient pas à leur premier coup dans la totalité des cas. L'époux (55,7%) ou le concubin (26,2%) étaient les deux principaux acteurs des VBG économiques décrits

Tableau XVI : Répartition de la population en fonction des antécédents de VBG sexuelles et du lien avec l'agresseur :

Variables	Effectifs (n=61)	Fréquence (%)
Fréquence de survenue des VBG*		
Souvent	49	80,3
Parfois	12	19,7
Lien avec l'agresseur		
Mari/Femme	34	55,7
Conjoint(e)/Concubin(e)	16	26,2
Petit(e)ami(e)	1	1,6
Parents	4	6,6
Autres	6	9,8

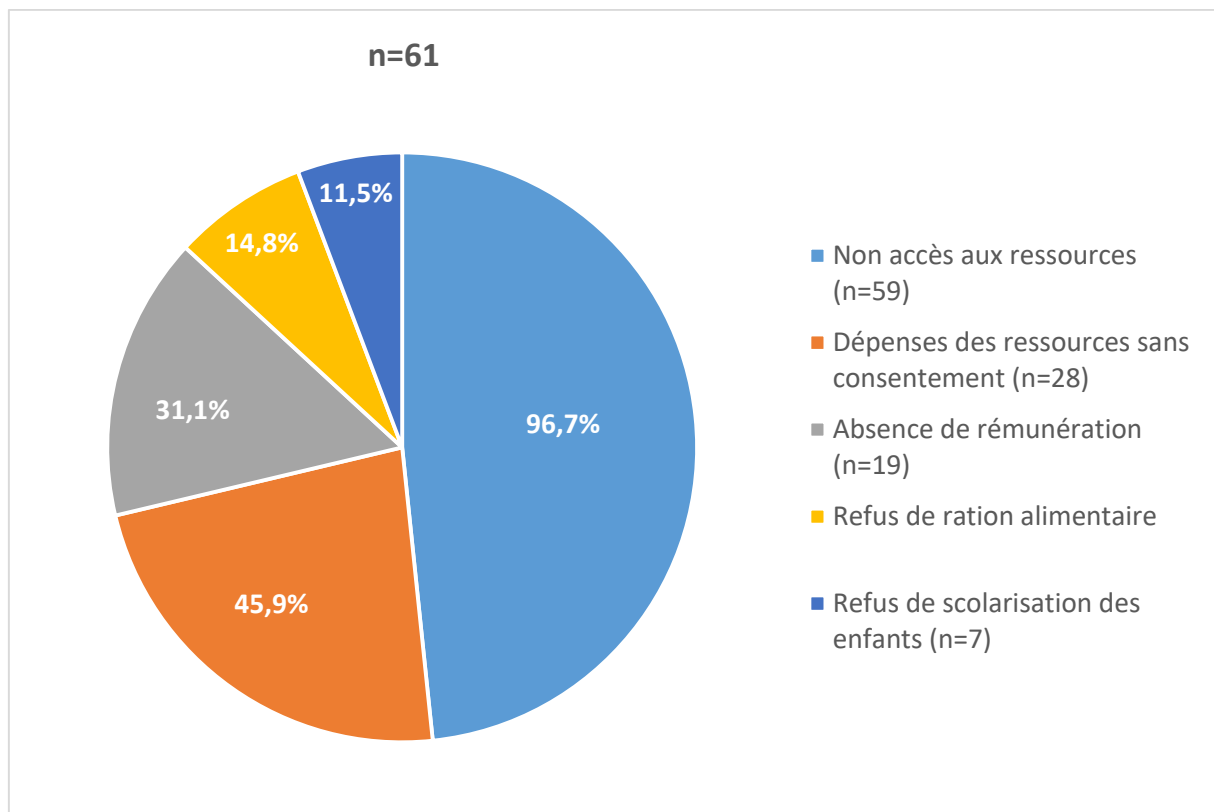


Figure 7 : Répartition de la population en fonction des formes de violences économiques

Les formes de violences économiques les plus représentées étaient le non accès aux ressources (96,7%), et les dépenses des ressources sans consentement (45,9%). (Figure 7).

CHAPITRE V: DISCUSSION

1. LIMITES DE L'ETUDE

Nous avons mené une étude transversale descriptive qui avait pour objectif d'étudier le profil épidémiologique des violences basées sur le genre à Yaoundé. Le but recherché était d'identifier les typologies violences basées sur le genre, leurs circonstances de survenues et leur parcours de prise en charge des victimes afin d'avoir un meilleur aperçu de l'ampleur de ces violences dans notre environnement et mieux orienter leur prise en charge. Cependant, nous avons été limités par un certain nombre d'élément :

- Les victimes étaient silencieuses, ressentant un traumatisme à l'idée de partager les événements vécus.
- Le manque de signalement lors des violences rendait difficile l'identification des victimes.
- La taille de l'échantillon difficile ciblée à atteindre.
- La méthodologie ne permettait pas d'intégrer les victimes décédées.

2. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE

2.1. Age, sexe

Nous avons obtenu un échantillon de 290 patients parmi lesquels les femmes dominaient avec un pourcentage de 86,2% soit un sex-ratio H/F de 0,16. La violence envers les femmes reste une illustration importante de la relation de pouvoir inégale entre les hommes et les femmes. Les idées patriarcales et sexistes justifient la violence afin de garantir la suprématie des hommes. Cette question est influencée par la culture, les stéréotypes, les normes, la socialisation et les traditions religieuses. Au Niger le Cabinet Sara Consult en 2015 retrouvait une prévalence féminine de 81% [10] de même que les auteurs camerounais MBOUA Batoum VS et al en 2019-2020 [39] et ESSIBEN Felix et al en 2018 [40] qui retrouvaient respectivement une prévalence féminine de 99,2% et 86,8%.

L'âge prédominant de notre population d'étude était compris entre 20 et 30 ans, la moyenne d'âge était de 30 ans avec des extrêmes d'âge de 3 et 67 ans. Ces résultats divergent de ceux retrouvés en Guinée par Chérif et al en 2016-2017) [41] qui retrouvaient dans leur étude menée à l'hôpital de Donka que le tranche d'âge des victimes était de 15 et 20ans, l'âge moyen des victimes était de 16,4ans avec des extrêmes de 15 et 45ans, ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'en Guinée la plupart des filles se marient avant l'âge de 18 ans, ce qui les met davantage en danger des violences. Ils sont superposables à ceux retrouvés au Sénégal en Septembre 2015

par Fatou SALL et al [42] qui montrait que 50% de la population d'étude était dans la tranche d'âge de 20 et 40ans.

2.2. Statut matrimonial, niveau d'éducation, profession

Dans notre étude, la majorité des participants était célibataire soit 31%. Ce résultat est similaire à celui retrouvé au Maroc en 2023 par Acharai Laila et al [43] qui retrouvait dans leur étude une prévalence de 83,3% de célibataire. De même que celui de l'auteur camerounais MBOUA et al en 2019-2020 [39] qui retrouve une prévalence de 92,9% de célibataire. Il est diffère de ceux retrouvés au Sénégal en 2014-2015 par Leyel et al [44] qui retrouvait majoritairement les mariées dans leur population d'étude avec un taux de 64,6%.

La majorité des participants de notre étude présentait un niveau d'éducation secondaire avec un taux de 50% et était majoritairement les acteurs du secteur informel avec une prévalence de 35,2%.

2.3. Région, religion et lieu de résidence

Dans notre série, les participants étaient majoritairement originaires de la région du centre avec une prévalence de 50,3%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que notre étude a été menée dans la ville de Yaoundé où la grande majorité des habitants sont originaires de la region du centre. Ce résultat est similaire à celui retrouvé dans la cinquième Enquête Démographique de Santé au Cameroun (EDSC-V) en 2018 [11] qui retrouvait que la majorité des survivantes était de la région du centre.

Nos participants étaient essentiellement de religion chrétienne soit un taux de 94,1%. Ce resultat peut s'expliquer par le fait que dans la religion musulmane les violences sont un sujet tabou souvent normalisé donc la signalisation devient difficile voir rare.

La majeure partie de nos participants residait en zone urbaine avec une prévalence de 95,9%. Cela peut s'expliquer par le choix du lieu de recrutement.

2.4. Considération de soi et orientation sexuelle

La plupart des participants de notre étude déclarait être cis genre soit 99,7% et avait une sexualité conventionnelle avec une prévalence de 99,3%.

3. TYPOLOGIES DE VIOLENCES BASEES SUR GENRE RENCONTREES

Les typologies de VBG les plus représentées dans notre population d'étude qu'elles soient seules ou en association étaient les violences physiques soit une prévalence de 62,1% (n=180) et les violences psychologiques avec un taux de 56,9% (n=165). Ces résultats sont superposables à ceux retrouvés par l'Enquête Nationale sur les Violences Basées sur le Genre au Gabon [7] qui retrouvait une prépondérance des violences psychologiques avec un taux de 69,1% suivi des violences physiques avec une prévalence de 58,5%. Ils sont contraires à ceux retrouvés au Niger en 2015 par le Cabinet Sara Consult [10] qui démontrait dans leur étude la typologie de VBG la plus présentée était les violences économiques avec un taux de 54%. Cette différence peut s'expliquer par le fait dans les communautés du Niger les hommes sont perçus comme l'unique source de financement pour le couple.

Il est important de souligner que nous n'avons rencontré aucunes violences culturelles lors de notre étude.

La majeure partie des participants de notre étude avait pour lien avec leur agresseur le mariage ou le concubinage ou encore partageait des relations intimes en cohabitation soit une prévalence de 79,3%. Ces résultats concordent avec ceux retrouvés en Guinée par Diallo et al en 2022 [45] qui montraient dans leur étude que les concubins prédominaient avec un taux de 56,16%.

3.1. Violences physiques en fonction des caractéristiques sociodémographiques et le lien avec l'agresseur

Les participants de notre étude âgés de 30ans et plus étaient plus à risque de subir une violence physique ($p < 0,001$), cela inclus aussi les ceux du sexe masculin ($p=0,001$) mais avec une prédominance du sexe féminin avec un taux de 81,1%. La majorité des participants était mariés ou vivait en concubinage ($p < 0,001$). Ce résultat diffère de celui retrouvé dans la cinquième Enquête Démographique de Santé au Cameroun (EDSC-V) en 2018 [11] qui montrait que les femmes moins victimes de violences physiques avec une prévalence de 39% contre 42% d'hommes, avait un âge compris entre 15-49 ans et était en rupture d'union. Ceci s'explique par le fait que la majorité des hommes ont subi une violence physique depuis l'âge de 15ans.

3.2. Violences psychologiques en fonction des caractéristiques sociodémographiques et le lien avec l'agresseur

Dans notre étude, les participants étaient âgés de 30ans et plus ($p < 0,001$), étaient pour la plupart du sexe féminin ($p = 0,001$) et vivaient en concubinage ou étaient mariés ($p < 0,001$). Ce résultat rejoint celui retrouvé en 2009 par Lamy et al [46] qui démontrait que l'âge moyen des femmes de leur étude était de 43 ans (étendue 26-63 ans) dont 53.5% sont mariées et 46.5% vivent en concubinage. Et différait de celui retrouvé par METOGO au Gabon [7] qui retrouvait que les hommes étaient les plus atteints par cette forme de violence avec une prévalence de 51,1%.

3.3. Violences sexuelles en fonction des caractéristiques sociodémographiques et du lien avec l'agresseur.

Nous avons retrouvé dans notre étude que les participants de moins de 20 ans et de sexe féminin étaient plus à risque de subir une violence sexuelle ($p < 0,001$). Ces résultats sont similaires à ceux des auteurs camerounais MBOUA et al [39] , MBASSA [47] et Felix et al [40] qui retrouvaient respectivement une prévalence féminine de 99,2%, 72,5% et 86,8%. De même, Dembele et al en 202 [48] et Bagayoko et al [49] retrouvaient dans leurs études respectives que la tranche d'âge la plus représentée avec un taux de 80,40% et 48,59% étaient de 10-19 ans et de 10 à 15 ans.

Nous avons aussi retrouvé que les liens autres que la parenté nucléaire ou l'amitié sentimentale étaient associés aux violences sexuelles chez nos participants ($p < 0,001$). Ce résultat concorde avec celui de Chérif et al [41] qui retrouvait que les amis, les collègues et les voisins étaient les plus représentés avec un taux de 52,6%.

3.4. Violences économiques en fonctions des caractéristiques sociodémographiques et du lien avec l'agresseur

Dans notre étude, les participants âgés de 30 ans et plus de sexe féminin et ayant comme lien avec l'agresseur le mariage avaient significativement plus de risque de subir une violence économique ($p < 0,001$). Ce résultat est similaire à celui retrouvé au Gabon par METOGO en 2016 [7] qui retrouvait que le sexe féminin était le plus atteint avec une prévalence de 89,8% avait un âge compris entre 20 à 39 ans mais vivait en concubinage. Ces résultats reflèteraient le statut de l'homme comme principal pourvoyeur des ressources

du ménage d'une part, et de chef de famille d'autre part et estime avoir le droit d'user à sa convenance de tous les biens du ménage.

4. CARACTERISTIQUES DES FORMES DE VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE ET LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE

4.1. Caractéristiques des violences physiques basées sur le genre

La plupart des participants de notre étude présentait des antécédents de violences physiques soit un taux de 47,2%, seuls 31,1% des victimes étaient nouvellement atteints. Nous retrouvions que ce type de violence avait lieu à tout moment de la journée soit 45% se produisait à la maison avec une prévalence de 88,3% et était due soit au conjoint ou à l'époux avec des prévalences respectives de 34,4% et 33,3%. Ces résultats sont en adéquation avec ceux retrouvés par Nicole METOGO au Gabon [7] qui montrait que ce type de violence survenait essentiellement dans le cadre familial et était plus présent chez les personnes vivant en concubinage ou qui étaient mariées. De même, Wada et al au Nigeria [50] retrouvait que 64% des participants de son étude étaient soit en concubinage ou étaient célibataires et Ebouat et al en 2015 [51] retrouvait que la plupart des violences physiques avaient eu lieu à la maison soit 42,86% mais avaient eu lieu en soirée soit 39,16%. Ils sont contraires à ceux retrouvés par le Cabinet Sara Consult [10] qui démontrait le premier lieu où se produisaient les violences était public avec un taux de 50%, la maison venait en troisième lieu de production des violences avec un taux de 39%. Cette différence peut s'expliquer par le fait que leur enquête a été menée dans les différentes communes du Niger.

Les principaux mécanismes lésionnels au cours des VBG physiques de notre étude étaient les gifles avec une prévalence de 96,1%, les coups de poing avec un taux de 95,6% et autres coups avec une prévalence de 95%. Ces résultats concordent avec ceux retrouvés au Niger qui démontrait que les violences physiques les plus présentes étaient les gifles et autres coups avec une prévalence de 96%. De même, Fatou DIOUP et al au Niger en 2015 lors de l'étude sur l'ampleur et les déterminants sur les VBG au Niger [42] montrait que les gifles ou les autres coups étaient les plus présentes avec un taux de 32%. Les autres formes de violences physiques telles que les menaces à l'arme, enfermement par force, empêchement brutal d'entrer chez soi, morsure et brûlure étaient faiblement représentés.

Dans notre étude, l'hôpital représentait le recours primaire le plus utilisé avec une prévalence de 62,2% suivi des services sociaux et de la police ou la gendarmerie avec une prévalence respective de 15% et 10,6%. Ces résultats sont contraires à ceux retrouvés à la cinquième Enquête Démographique de Santé au Cameroun (EDSC-V) en 2018 [11] qui retrouvait que la

majorité des victimes avait recours en premier lieu à la famille, aux amis, aux voisins dans respectivement 68%, 24% et 23% des cas. Aussi la prise en charge de ces violences était faite en milieu sanitaire dans la majorité des cas avec un taux de 72,8%.

4.2. Caractéristiques des violences psychologiques basées sur le genre

La plupart des participants de notre étude avaient des antécédents de VBG psychologiques soit dans 97,6% des cas. Elles survenaient généralement à tout moment de la journée soit 76,4% à la maison soit 98,2% causées par l'époux ou le concubin dans respectivement 37% et 33,3% des cas.

Les formes de violences psychologiques majoritairement représentées étaient les injures soit 95,8%, les humiliations soit 95,8%, le dénigrement 93,9%, la dévalorisation 93,9%, les impositions de comportement à adopter soit 88,5% et contrôle de la vie relationnelle soit 73,9%. Ces résultats concordent avec ceux de Lamy et al en 2009 [46] qui retrouvait que les formes de violences psychologiques les plus présentes étaient les insultes, les contrôles de sorties et isolement familial soit respectivement 91%, 63% et 93%. De même, les auteurs Nigériens Cabinet Sara Consult [10] et Fatou DIOP et al [42] qui trouvaient respectivement que les insultes représentés 94 et 36%. Aussi les formes de violences psychologiques telles que la manipulation, les menaces d'enfants, les infidélités, l'enlèvement des enfants n'étaient pas à négliger.

Dans notre étude, le premier recours représenté après une violence psychologique était le recours hospitalier soit dans 30,9% des cas. Quant à la prise en charge, le recours psychologique était prépondérant à 48,5%

4.3. Caractéristiques des violences sexuelles basées sur le genre

Concernant les violences sexuelles, 67,6% des participants en étaient victime pour la première fois. Ces agressions étaient réalisées par des personnes autres que le partenaire sexuel soit 94,1% le plus souvent dans la nuit soit 58,8%. Elles avaient lieu pour la plupart à la maison soit 48,5% ou dans les lieux publics soit 48,5%. Ces résultats rejoignent ceux retrouvés par MBOUA Batoum et al au Cameroun [39] qui démontrait que les violences sexuelles avaient lieu au domicile de la victime dans 39,4% des cas, et dans 33,8% des cas elles avaient lieu dans les lieux publics mais se déroulaient en journée dans 41% des cas. De même, Dembele et al [48] retrouvait que l'agression sexuelle avait lieu dans la rue dans 66,64 % contre 11,77% des cas à domicile. Diallo et al [45] retrouvait que les agressions sexuelles survenues dans la journée dans 73,6% des cas, au domicile familial de la victime dans 29,3% des cas.

Les formes de violences les plus retrouvées étaient les abus sexuels et les attouchements dans respectivement 98,5% et 97,1% des cas et étaient suivi des avances sexuelles déplaisantes soit 26,5%. Ces résultats sont identiques à ceux retrouvés par Dembele et al [48] retrouvait que l'abus sexuel était prépondérant à 86,27% ensuite les attouchements avec une prévalence de 11,77%. De même, le Cabinet Sara Consult au Niger [10] rapportait que l'imposition des rapports sexuels était la violence majeure rapportée avec une prévalence de 92%, les avances sexuelles déplaisantes suivent avec 42%, l'imposition d'images pornographiques avec 31%, les attouchements avec 28%. Par contre, ESSIBEN et al [40] retrouvait que l'attouchement sexuel était le type d'agression sexuelle le plus retrouvé soit une prévalence de 48,4%.

L'hôpital représentait le principal lieu vers lequel se dirigeaient les victimes de violences sexuelles soit un taux de 82,4%. Les victimes recevaient une prise en charge sanitaire dans 57,4% des cas et psychologique dans 29,4%.

4.4. Caractéristiques des violences économiques basées sur le genre

Les victimes de violences économiques n'étaient pas à leur premier coup dans la totalité des cas. L'époux ou le concubin étaient les deux principaux auteurs des VBG économiques avec des prévalences respectives de 55,7% et 26,2%. Nos résultats sont similaires à ceux de Fatou DIOP [42] qui retrouvait que les auteurs étaient les conjoints ou ex-conjoints dans 59% des cas.

Les formes de violences économiques les plus représentées étaient le non accès aux ressources une prévalence de 96,7% et les dépenses des ressources sans le consentement soit un taux de 45,9%. Il est aussi important de noter que l'absence ou le refus d'exercer un travail rémunéré apparaissait une prévalence de 31,1%. Ces résultats rejoignent ceux retrouvés Niger qui démontrait que les formes de VBG économiques les plus représentatifs de leur étude étaient l'empêchement d'avoir accès aux ressources (75%) suivi des dépenses des ressources sans accord (28%). Cela peut s'expliquer par le fait qu'elle implique, dans notre société, de rendre ou de tenter de rendre la victime financièrement dépendante en gardant le contrôle sur les ressources financières, en lui refusant l'accès à l'argent ou en lui interdisant de participer à des activités scolaires ou professionnelles.

CONCLUSION

Rendus au terme de notre étude sur l'épidémiologie des violences basées sur le genre à Yaoundé, nous pouvons conclure que :

- Les violences basées sur le genre touchaient majoritairement les adultes de sexe féminin, célibataires, hétérosexuelles, cisgenres avec un niveau d'étude secondaire qui exerçaient une activité dans le secteur informel.
- Les violences plus retrouvées étaient physiques et psychologiques.
- Ces violences survenaient à tout moment de la journée, perpétrées par le conjoint dans le domicile familial. La plupart des participants avaient comme premier recours le milieu hospitalier où ils recevaient des soins sanitaires et psychologiques.

RECOMMANDATIONS

Nous proposons humblement les recommandations suivantes :

- Au Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille

De promouvoir les comportements sains au sein de la communauté.

De renforcer les communautés pour éviter les récurrences.

De divulguer à travers des communiqués l'existence des différents centres d'accueil et de prise en charge des victimes de violences

D'associer un psychologue aux équipes sociales des délégations d'arrondissement de la promotion de la femme et de la famille qui prennent en charge les survivantes de violences basées sur le genre.

- Aux Chercheurs

Réaliser d'avantage d'études sur l'itinéraire thérapeutique des victimes de violences basées sur le genre.

- Aux communautés

Promouvoir la thérapie de couple en cas de violence en cas de violence conjugale.

REFERENCES

- [1] Rapport mondial sur la violence et la sante, Organisation Mondiale de Sante Genève. « Définition de la violence | INSPQ », Consulté le : 2 mars 2024. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/vers-une-perspective-integree-en-prevention-de-la-violence/definition-de-la-violence>
- [2] « Violence basée sur le genre (VBG) / violence sexiste | INEE » [Internet] Réseau d'Inter-agences pour l'éducation en Situation d'Urgence, Consulté le: 1 novembre 2023. Disponible sur: <https://inee.org/fr/glossaire-ESU/violence-basee-sur-le-genre-vbg-violence-sexiste>
- [3] « Qu'est-ce que la violence fondée sur le genre - Questions de genre», Questions de genre. [Internet] Conseil de l'Europe. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/gender-matters/what-is-gender-based-violence>
- [4] « ANALYSE DES SERVICES D'ACTION CONTRE LES VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE DANS TROIS PAYS » Plan d'urgence du président des États-Unis pour l'action contre le SIDA (PEPFAR en anglais) Mars 2012, AIDSTAR-One AIDS Support and Technical Assistance Resource. Consulté le: 31 octobre 2023. [En ligne]. Disponible sur: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pa00j3pb.pdf
- [5] Violence basée sur le genre [Internet], Fonds des Nations Unies pour la population, Updated 28 June 2022. Disponible sur: <https://www.unfpa.org/fr/violence-bas%C3%A9e-sur-le-genre>
- [6] GUY-MAX-FIDELE DAOULI « RAPPORT MENSUEL DES DONNEES STATISTIQUES SUR LA VIOLENCE BASEE SUR LE GENRE » Le Système de gestion des informations sur les violences basées sur le genre, Janvier 2021.
- [7] Nicole NGUEMA METOGO, Rodolphe NGUEMA, Odile BOUNGAT OSSAWA « ENQUÊTE NATIONALE SUR LES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE » Ministère de la sante, de la prévoyance sociale et de la solidarité nationale, Mai 2016, UNFPA Gabon.
- [8] Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), DataForImpactProject. Consulté le: 1 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.data4impactproject.org/fr/prh/gender/sexual-and-gender-based-violence/prevalence-of-sgbv-among-men-and-women/>
- [9] Maïmouna DEMBÉLÉ, Diego HERRERA, Hélène LAGACÉ « OUTILLONS CONTRE LES VBG» prévention basée sur le genre du projet JUPREC APDF (Ségou), AJM (Mopti), WILDAF (Tomboctou), GREFFA (Gao), ASSAFE (Bamako) et EFFAD (Kidal)..
- [10] Cabinet Sara Consult «Analyse du genre, avec un focus en particulier sur les violences basées sur le genre» CARE International.
- [11] « Violences basées sur le genre au Cameroun - ampleur et défis »Institut nationale de la statistique, Aout 2022, UNFPA.
- [12] Observatoire National de la Sante Publique« Violences basées sur le genre au Cameroun : ampleur et défis | Cameroun NHO » Ministère de la Sante Publique.

- [13] Agarwal, A. and Golwalkar, « Language Guide for Gender-Based Violence». Washington, D.C. : EngenderHealth.
- [14] Sofía Sprechmann « Relever le défi des violences basees sur le genre dans le monde » CARE, Juillet 2011-juin 2013.
- [15] Aurélie Gal-Régniez « VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE» equipop, Octobre 2021, Agence Francaise de developpement AFD.
- [16] L. Kelly, « The Continuum of Sexual Violence », in *Women, Violence and Social Control*, J. Hanmer et M. Maynard, Éd., in de livres Explorations in Sociology., London: Palgrave Macmillan UK, 1987, p. 46-60. Doi: 10.1007/978-1-349-18592-4_4.
- [17] Claudia Garcia-Moreno, Alessandra Guedes, Wendy Knerr « Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes »OMS, PAN America Health Organization.
- [18] Reproductive health, Word Heath Organization. Pages 404
- [19] Le mariage des enfants, Girls Not Brides. Consulté le: 3 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.fillespasepouses.org/%C3%A0-propos-du-mariage-des-enfants/>
- [20] Apprentissage & Ressource, Filles Pas Epouses. Consulté le: 3 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.fillespasepouses.org/apprentissage-ressources/>
- [21] Mariage d'enfant, Fonds des Nations Unies pour la population. Consulté le: 3 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.unfpa.org/fr/mariage-denfants>
- [22] N. Toubia et al. MON CORPS M'APPARTIENT REVENDIQUER LE DROIT À L'AUTONOMIE ET À L'AUTODÉTERMINATION « CONSEILLÈRE À LA RECHERCHE » Consulté le: 3 novembre 2023. [En ligne].
- [23] Éradiquer les violences basées sur le genre, c'est possible, Oxfam International. Consulté le: 3 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.oxfam.org/fr/eradiquer-les-violences-basees-sur-le-genre-cest-possible>
- [24] Violence basée sur le genre (VBG), SOUTHERN AFRICAN DEVELOPMENT COMMUNITY. Consulté le: 3 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.sadc.int/fr/pillars/violence-basee-sur-le-genre-vbg>
- [25] Faits et chiffres : Mettre fin à la violence à l'égard des femmes, ONU Femmes. Consulté le: 1 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.unwomen.org/fr/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>
- [26] «Les violences basées sur le genre : un fléau aux effets dévastateurs » Republique du Centre Afrique: OCHA, 1er Aout 2023. Consulté le: 3 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://reports.unocha.org/fr/country/car/card/IPYL9v0m0f/>
- [27] Ministère de la santé et de la prévoyance sociale « ENQUÊTE NATIONALE SUR LES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE », UNFPA Gabon. Consulté le : 1 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://gabon.unfpa.org/fr/publications/enqu%C3%AAte-nationale-sur-les-violences-basees-sur-le-genre>

- [28] Excision Parlons-en, 1er février 2013. Consulté le: 3 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.excisionparlonsen.org/>
- [29] Enquête nationale sur les LGBT : Rapport sommaire, Royaume-Uni: GOV.UK. Mis à jour le 7 février 2019. Consulté le: 3 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.gov.uk/government/publications/national-lgbt-survey-summary-report/national-lgbt-survey-summary-report>
- [30] Ressources | Centre de données d'ONU Femmes. ONU Femmes, Consulté le: 3 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://data.unwomen.org/resources>
- [31] Dr Jacinta Muteshi « La violence basée sur le genre en Afrique durant la pandémie de COVID-19 » Direction Femmes, Genre et Développement de la Commission de l'Union africaine (CUA-WGDD), Décembre 2020, l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU Femmes), le Bureau du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH)) et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP).
- [32] Sahel : flambée de cas de VBG sous la Covid-19, Justice and Dignity for the Women of Sahel (JDWS), juillet 2020 Consulté le: 3 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://jdwsahel.org/2020/08/07/sahel-flambee-de-cas-de-vbg-sous-la-covid-19-selon-une-ong/>
- [33] « Types-of-Gender-Based-Violence- » International RESCUE Committee.
- [34] « PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DES VIOLENCES SEXUELLES ET BASEES SUR LE GENRE » MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGENE PUBLIQUE, Aout 2014, USAID, UNFPA UNICEF, OMS.
- [35] « Consequences-of-Gender-Based-Violence » International RESCUE Committee.
- [36] « Une femme sur trois victime de violences en Europe », France: L'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, Mars 2014. Consulté le: 16 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.france24.com/fr/20140305-violences-conjugales-rapport-pays-europeens-femmes>
- [37] « BULLETIN D'INFORMATION TRIMESTRIEL DU SOUS CLUSTER VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE » (SC-VBG) République Démocratique du Congo, Janvier-Mars 2022, UNFPA, Banque Mondiale, USAID, FHRDC.
- [38] WATHI, « Les violences basées sur le genre au Sénégal », WATHI, Novembre 2018. Consulté le: 17 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.wathi.org/laboratoire/initiatives/femme-election-senegal-2019/wathinote-femme-election-senegal-2019/les-violences-basees-sur-le-genre-au-senegal/>
- [39] V. B. Mboua *et al.*, « Circumstances Surrounding the Occurrence of Rape among Survivors in Three Referral Hospitals in Yaoundé, Cameroon », *Health Sci. Dis.*, vol. 22, n° 7, Art. No 7, juin 2021, doi: 10.5281/hsd.v22i7.2848.
- [40] E. Félix, N. E. G. Eric, N. D. M. Ange, F. T. E. Sonia, M. Henri, et M. R. Enow, « Violences Sexuelles en Milieu Estudiantin : Aspects Épidémiologiques, Thérapeutiques et Médico-Légaux à propos de 997 Étudiants en Médecine au Cameroun : Violences

- sexuelles en milieu étudiantin au Cameroun », *Health Sci. Dis.*, vol. 23, n° 2, Art. No 2, janv. 2022, doi : 10.5281/hsd.v23i2.3356.
- [41] D. T. M. Chérif, D. Sory, D. M. Hady, A. Farel, et C. Moussa, « Violences sexuelles à l'hôpital Donka (Guinée) / ».
- [42] « Etude VBG Rapport Final_ 1er septembre 2015.pdf ». Consulté le : 21 avril 2024. [En ligne]. Disponible sur : https://niger.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Etude%20VBG%20Rapport%20Final_%201er%20septembre%202015.pdf
- [43] L. Acharai *et al.*, « Sexual and reproductive health and gender-based violence among female migrants in Morocco: a cross sectional survey », *BMC Womens Health*, vol. 23, n° 1, p. 174, avr. 2023, doi: 10.1186/s12905-023-02307-1.
- [44] M. M. M. Leye, P. Ndiaye, D. Ndiaye, I. Seck, A. Faye, et A. Tal Dia, « Aspects épidémiologiques, cliniques et judiciaires des violences physiques faites aux femmes dans la région de Tambacounda (Sénégal) », *Rev. D'Épidémiologie Santé Publique*, vol. 65, n° 3, p. 189-196, juin 2017, doi : 10.1016/j.respe.2016.10.061.
- [45] T. M. C. Diallo *et al.*, « Violences conjugales à l'unité de médecine légale de l'hôpital national de Donka (Guinée) / Domestic Violence at the Forensic Medicine Unit of the National Hospital in Donka (Guinea). ».
- [46] C. Lamy *et al.*, « Profil clinique et psychopathologique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques », *Rev. D'Épidémiologie Santé Publique*, vol. 57, n° 4, p. 267-274, août 2009, doi : 10.1016/j.respe.2009.04.007.
- [47] D. M. Menick, « LES ABUS SEXUELS EN MILIEU SCOLAIRE AU CAMEROUN RESULTATS D'UNE RECHERCHE-ACTION A YAOUNDE ».
- [48] S. Dembele *et al.*, « Aspects Épidémio-Cliniques des Agressions Sexuelles à l'Hôpital Fousseyini Daou de Kayes », *Health Sci. Dis.*, vol. 22, n° 4, Art. n° 4, mars 2021, doi : 10.5281/hsd.v22i4.2680.
- [49] T. B. Bagayoko, « Aspects cliniques et judiciaires des violences sexuelles sur le genre féminin à Ségou », *Mali Santé Publique*, p. 5-10, août 2021, doi : 10.53318/msp.v11i1.1885.
- [50] O. Z. Wada, D. B. Olawade, A. O. Amusa, J. O. Moses, et G. J. Eteng, « Gender-based violence during COVID-19 lockdown: case study of a community in Lagos, Nigeria », *Afr. Health Sci.*, vol. 22, n° 2, p. 79-87, juin 2022, doi: 10.4314/ahs.v22i2.10.
- [51] K. M. E. V. Ebouat, J. Hiquet, E. Christin, J. Fougas, O. Dubourg, et S. Gromb-Monnoyeur, « Étude rétrospective descriptive relative aux hommes victimes de violences intrafamiliales », *Rev. Médecine Légale*, vol. 8, n° 2, p. 61-67, juin 2017, doi : 10.1016/j.medleg.2016.09.003.

ANNEXES

ANNEXE 1 : CLAIRANCE ETHIQUE DU CIER/FMSB-UY1

ANNEXE 2 : AUTORISATION DE RECHERCHE DU CMA DE NKOMO

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix- Travail- Patrie

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

DELEGATION REGIONALE DU CENTRE

SERVICE DE SANTÉ DU DISTRICT D'ODZA

CENTRE MEDICAL D'ARRONDISSEMENT DE NKOMO

N° 045 24// AR/ MSP/ DRSPC/ DSOD/ CMANK



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace- Work- Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

CENTRE REGIONAL DELEGATION

ODZA HEALTH DISTRICT

NKOMO SUB-DIVISION MEDICAL CENTRE

LE MEDECIN - CHEF DE NKOMO

A

Madame NDANGUE EYOUM Dorchrine Rose
Etudiante 7^e Année Médecine Générale

FMSB / UY1

Matricule : 16M077

TEL. 655 58 75 26

YAOUNDE

**OBJET : Autorisation pour effectuer
des recherches.**

Madame,

Suite à votre correspondance du 04 JANVIER 2024 avec la recommandation du Professeur NSEME ETOUCKEY ERIC, Maître de Conférence / Médecine Légale et Expertises Médicales FMSB/UY1, relative à votre demande d'effectuer des recherches dans notre structure hospitalière sur le **THEME** : « **Epidémiologie des violences basées sur le genre à Yaoundé** », en vue de l'obtention du titre de Docteur en Médecine ; Pour la période allant du 02 Janvier au 31 Mai 2024.

Nous allons par la présente, vous signifier notre **ACCORD**. Cependant, nous attachons du prix au strict respect de la déontologie et du règlement intérieur en vigueur et vous serons gré de ne pas vous en écarter.

Espérant que votre passage au **CMA de NKOMO** vous soit bénéfique ;
Veuillez agréer **Madame**, l'expression de nos salutations distinguées

AMPLIATIONS :

- DRSPC
- DSOD
- INTERESSE (E)
- CHRONO

YAOUNDE, le - 5 JAN 2024



LE MEDECIN CHEF

Pediatre-ONMC:6244
Médecin Chef CMA de NKOMO

ANNEXE 3 : AUTORISATION DE RECHERCHE DU MIPROFF

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-patrie

MINISTERE DE LA PROMOTION
DE LA FEMME ET DE LA FAMILLE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DES AFFAIRES GENERALES

SOUS-DIRECTION DU PERSONNEL
DE LA SOLDE ET DES PENSIONS

SERVICE DE LA FORMATION, DES STAGES
ET DE LA GESTION PREVISIONNELLE DES EFFECTIFS

BUREAU DE LA FORMATION ET DES STAGES

N°24/ _____/L/MINPROFF/SG/DAG/SDPSP/SFSCPE/BFS

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF WOMEN'S EMPOWERMENT
AND THE FAMILY

SECRETARIAT GENERAL

DEPARTMENT OF GENERAL AFFAIRS

SUB-DEPARTMENT OF PERSONNEL,
SALARIES AND PENSIONS

SERVICE FOR TRAINING, INTERSHIPS AND FORWARD
MANAGEMENT OF PERSONNEL

OFFICE OF TRAINING AND INTERSHIPS

Yaoundé, le

22 FEB 2024

LE MINISTRE THE MINISTER

A/To

Madame NDANGUE EYOUM Dorchrine
Rose

Tel: 655 58 75 26

Email: eyoumrose3@gmail.com

- YAOUNDE-

Objet : demande d'autorisation de recherche

Réf : v/L du 07 février 2024

Madame,

En accusant réception de votre lettre dont l'objet et la référence sont repris en marge,

J'ai l'honneur de marquer mon accord pour vos recherches à la Direction de la Promotion Sociale de la Femme et les Délégations d'Arrondissement de la Promotion de la Femme et de la Famille basées dans le Mfoundi.

Vous voudriez bien prendre attache avec les responsables des unités de travail susmentionnées, pour les modalités pratiques y afférentes.


Veuillez croire, **Madame**, à l'assurance de ma considération distinguée.

Copies :

- DPSF ;
- Toutes les DAPROFF basées dans le Mfoundi.




ANNEXE 4 : AUTORISATION DE RECHERCHE DE L'HCY

REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix-Travail-Patrie ***** MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ***** SECRETARIAT GENERAL ***** DIRECTION DE L' HOPITAL CENTRAL DE YAOUNDE ***** SECRETARIAT MEDICAL N° 120/24 AP/MINSANTE/SG/DHCY/CM/SM		REPUBLIC OF CAMEROUN Peace-Work-Patrieland ***** MINISTRY OF PUBLIC HEALTH ***** GENERAL SECRETARY ***** DIRECTORATE OF CENTRAL HOSPITAL OF YAOUNDE ***** MEDICAL SECRETARY Yaoundé, le 19 JAN 2024
---	---	---

ACCORD DE PRINCIPE


Je soussigné Professeur FOUDA Pierre Joseph, Directeur de l'Hôpital Central de Yaoundé, marque mon Accord de Principe à Madame NDANGUE EYOUM Dorchrine Rose , étudiante en 7^{ème} année de Médecine Générale à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I , sous le thème « EPIDEMIOLOGIE DES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE A YAOUNDE » à l'Hôpital Central de Yaoundé, sous la codirection du docteur MOGUE Tidiane .

Pour Le Directeur et par ordre
Le Conseiller Médical


P. Ag. Pierre Engèle Logo

Ampliations :

- Conseiller Médical ;
- Chef service concerné ;
- Intéressé;
- Chrono/Archives.



ANNEXE 5 : DECLARATION D'HELSINKI: ASSOCIATION MEDICALE MONDIALE.

Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains.

Adoptée par la 18e Assemblée générale de l'AMM, Helsinki, Finlande, Juin 1964 et amendée par les :

29e Assemblée générale de l'AMM, Tokyo, Octobre 1975

35e Assemblée générale de l'AMM, Venise, Octobre 1983

41e Assemblée générale de l'AMM, Hong Kong, Septembre 1989

48e Assemblée générale de l'AMM, Somerset West (Afrique du Sud), Octobre 1996

52e Assemblée générale de l'AMM, Edimbourg, Ecosse, Octobre 2000

53e Assemblée générale de l'AMM, Washington, Etats Unis, 2002

55e Assemblée générale de l'AMM, Tokyo, Japon 2004

59e Assemblée générale de l'AMM, Séoul, Corée, Octobre 2008.

Introduction.

1. L'Association Médicale Mondiale (AMM) a élaboré la Déclaration d'Helsinki comme un énoncé de principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains, y compris la recherche sur du matériel biologique humain et sur des données identifiables.

La Déclaration est conçue comme un tout indissociable. Aucun paragraphe ne peut être appliqué sans tenir compte de tous les autres paragraphes pertinents.

2. Cette Déclaration s'adresse principalement aux médecins. L'AMM invite cependant les autres participants à la recherche médicale impliquant des êtres humains à adopter ces principes.

3. Le devoir du médecin est de promouvoir et de sauvegarder la santé des patients, y compris celles des personnes impliquées dans la recherche médicale. Le médecin consacre son savoir et sa conscience à l'accomplissement de ce devoir.

La Déclaration de Genève de l'AMM engage les médecins en ces termes : « La santé de mon patient prévaudra sur toutes les autres considérations » et le Code International d'Ethique Médicale déclare qu'un « médecin doit agir dans le meilleur intérêt du patient lorsqu'il le soigne ».

Le progrès médical est basé sur la recherche qui, en définitive, doit comprendre des études impliquant des êtres humains. Des possibilités appropriées de participer à la recherche médicale devraient être offertes aux populations qui y sont sous représentées.

Dans la recherche médicale impliquant des êtres humains, le bien-être de chaque personne impliquée dans la recherche doit prévaloir sur tous les autres intérêts.

L'objectif premier de la recherche médicale impliquant des êtres humains est de comprendre les causes, le développement et les effets des maladies et d'améliorer les interventions préventives, diagnostiques et thérapeutiques (méthodes, procédures et traitements). Même les meilleures interventions courantes doivent être évaluées en permanence par des recherches portant sur leur sécurité, leur efficacité, leur pertinence, leur accessibilité et leur qualité.

Dans la pratique médicale et la recherche médicale, la plupart des interventions comprennent des risques et des inconvénients.

La recherche médicale est soumise à des normes éthiques qui promeuvent le respect de tous les êtres humains et qui protègent leur santé et leurs droits. Certaines populations faisant l'objet de recherches sont particulièrement vulnérables et ont besoin d'une protection spéciale. Celles-ci incluent les personnes qui, d'elles-mêmes, ne sont pas en mesure de donner ou de refuser leur consentement et celles qui peuvent être vulnérables à la coercition ou à des influences indues.

Dans la recherche médicale impliquant des êtres humains, les médecins devraient tenir compte des normes et standards éthiques, légaux et réglementaires applicables dans leur propre pays ainsi que des normes et standards internationaux. Les protections garanties par la présente Déclaration aux personnes impliquées dans la recherche ne peuvent être restreintes ou exclues par aucune disposition éthique, légale ou réglementaire, nationale ou internationale.

Principes applicables à tous les types de recherche médicale.

Il est du devoir des médecins participant à la recherche médicale de protéger la vie, la santé, la dignité, l'intégrité, le droit à l'auto-détermination, la vie privée et la confidentialité des informations des personnes impliquées dans la recherche.

La recherche médicale impliquant des êtres humains doit se conformer aux principes scientifiques généralement acceptés, se baser sur une connaissance approfondie de la littérature scientifique, sur d'autres sources pertinentes d'informations et sur des expériences appropriées

en laboratoire et, le cas échéant, sur les animaux. Le bien-être des animaux utilisés dans la recherche doit être respecté.

Une prudence particulière s'impose dans la conduite de recherches susceptibles de nuire à l'environnement.

La conception et la conduite de toutes les études impliquant des êtres humains doivent être clairement décrites dans un protocole de recherche. Ce protocole devrait contenir une déclaration sur les enjeux éthiques en question et indiquer comment les principes de la présente Déclaration ont été pris en considération. Le protocole devrait inclure des informations concernant le financement, les promoteurs, les affiliations institutionnelles, d'autres conflits d'intérêts potentiels, les incitations pour les personnes impliquées dans la recherche et les mesures prévues pour soigner et/ou dédommager celles ayant subi un préjudice en raison de leur participation à l'étude.

Le protocole devrait mentionner les dispositions prévues après l'étude afin d'offrir aux personnes impliquées un accès aux interventions identifiées comme bénéfiques dans le cadre de l'étude ou à d'autres soins ou bénéfices appropriés.

Le protocole de recherche doit être soumis à un comité d'éthique de la recherche pour évaluation, commentaires, conseils et approbation avant que l'étude ne commence. Ce comité doit être indépendant du chercheur, du promoteur et de toute autre influence indue. Il doit prendre en considération les lois et réglementations du ou des pays où se déroule la recherche, ainsi que les normes et standards internationaux, mais ceux-ci ne doivent pas permettre de restreindre ou exclure l'une des protections garanties par la présente Déclaration aux personnes impliquées dans la recherche. Le comité doit avoir un droit de suivi sur les études en cours. Le chercheur doit fournir au comité des informations sur le suivi, notamment concernant tout événement indésirable grave. Aucune modification ne peut être apportée au protocole sans évaluation et approbation par le comité.

La recherche médicale impliquant des êtres humains doit être conduite uniquement par des personnes scientifiquement qualifiées et expérimentées. La recherche impliquant des patients ou des volontaires en bonne santé nécessite la supervision d'un médecin ou d'un autre professionnel de santé qualifié et compétent. La responsabilité de protéger les personnes impliquées dans la recherche doit toujours incomber à un médecin ou à un autre professionnel

de santé et jamais aux personnes impliquées dans la recherche même si celles-ci ont donné leur consentement.

La recherche médicale impliquant une population ou une communauté défavorisée ou vulnérable se justifie uniquement si la recherche répond aux besoins et priorités sanitaires de cette population ou communauté et si, selon toute vraisemblance, les résultats de la recherche seront bénéfiques à cette population ou communauté.

Toute recherche médicale impliquant des êtres humains doit préalablement faire l'objet d'une évaluation soigneuse des risques et des inconvénients prévisibles pour les personnes et les communautés impliquées dans la recherche, par rapport aux bénéfices prévisibles pour elles et les autres personnes ou communautés affectées par la pathologie étudiée.

Tout essai clinique doit être enregistré dans une banque de données accessible au public avant que ne soit recruté la première personne impliquée dans la recherche.

Les médecins ne sont pas autorisés à participer à une recherche impliquant des êtres humains sans avoir la certitude que les risques inhérents ont été correctement évalués et pourront être gérés de manière satisfaisante. Les médecins doivent cesser immédiatement une étude dès que les risques s'avèrent dépasser les bénéfices potentiels ou dès l'instant où des résultats positifs et bénéfiques ont été démontrés.

Une recherche médicale impliquant des êtres humains ne peut être conduite que si l'importance de l'objectif dépasse les risques et inconvénients inhérents pour les personnes impliquées dans la recherche.

La participation de personnes capables à une recherche médicale doit être un acte volontaire. Bien qu'il puisse être opportun de consulter les membres de la famille ou les responsables de la communauté, aucune personne capable ne peut être impliquée dans une étude sans qu'elle ait donné librement son consentement.

Toutes les précautions doivent être prises pour protéger la vie privée et la confidentialité des informations personnelles concernant les personnes impliquées dans la recherche, et pour minimiser l'impact de l'étude sur leur intégrité physique, mentale et sociale.

Dans la recherche médicale impliquant des personnes capables, toute personne pouvant potentiellement être impliquée dans la recherche doit être correctement informé des objectifs,

des méthodes, des sources de financement, de tout éventuel conflit d'intérêts, des affiliations institutionnelles du chercheur, des bénéfices escomptés et des risques potentiels de l'étude, des désagréments qu'elle peut engendrer et de tout autre aspect pertinent de l'étude. La personne pouvant potentiellement être impliquée dans la recherche doit être informée de son droit de refuser de participer à l'étude ou de s'en retirer à tout moment sans mesure de rétorsion. Une attention particulière devrait être accordée aux besoins d'informations spécifiques de chaque personne pouvant potentiellement être impliquée dans la recherche ainsi qu'aux méthodes adoptées pour fournir les informations. Lorsque le médecin ou une autre personne qualifiée en la matière a la certitude que la personne concernée a compris les informations, il doit alors solliciter son consentement libre et éclairé, de préférence par écrit. Si le consentement ne peut pas être donné par écrit, le consentement non écrit doit être formellement documenté en présence d'un témoin.

Pour la recherche médicale utilisant des tissus ou des données d'origine humaine, les médecins doivent normalement solliciter le consentement pour le prélèvement, l'analyse, le stockage et/ou la réutilisation. Il peut se présenter des situations où il est impraticable, voire impossible d'obtenir le consentement ou que cela mettrait en péril la validité de la recherche. Dans de telles situations, la recherche peut être entreprise uniquement après évaluation et approbation d'un comité d'éthique de la recherche.

Lorsqu'il sollicite le consentement éclairé d'une personne pour sa participation à une recherche, le médecin devrait être particulièrement attentif lorsque cette dernière est dans une relation de dépendance avec lui ou pourrait donner son consentement sous la contrainte. Dans ce cas, le consentement éclairé devrait être sollicité par une personne qualifiée en la matière et complètement indépendante de cette relation.

Lorsque la recherche implique des personnes incapables, le médecin doit solliciter le consentement éclairé de leur représentant légal. Les personnes incapables ne doivent pas être incluses dans une étude qui n'a aucune chance de leur être bénéfique sauf si cette étude vise à améliorer la santé de la population qu'elles représentent, qu'elle ne peut pas être réalisée avec des personnes capables et qu'elle ne comporte que des risques et des inconvénients minimes.

Lorsqu'une personne considérée comme incapable est en mesure de donner son assentiment concernant sa participation à la recherche, le médecin doit solliciter cet assentiment en

complément du consentement de son représentant légal. Le refus de la personne pouvant potentiellement être impliquée dans la recherche devrait être respecté.

La recherche impliquant des personnes physiquement ou mentalement incapables de donner leur consentement, par exemple des patients inconscients, peut être menée uniquement si l'état physique ou mental empêchant de donner un consentement éclairé est une caractéristique nécessaire de la population sur laquelle porte cette recherche.

ANNEXE 6 : FICHES TECHNIQUES

SECTION 0 : PARAMETRES DE COLLECTE

Numéro de la fiche : _____

Lieu d'étude | _____ | : 1=CHUY ; 2=HCY ; 3=DAPROFF ; 4=CMA de NKOMO ; 5=

SECTION 1 : CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

1. Age (années) : _____
2. Sexe | _____ | : 1=Masculin ; 2=Féminin
3. Statut matrimonial | _____ | : 1=Célibataire ; 2=Concubinage ; 3=Mariée ; 4=En couple ; 5=Autre ; 6= Non documenté
4. Occupation | _____ | : 1=Employée du secteur publique ; 2=Employée du secteur privé ; 3=Actrice du secteur informel ; 4=Elève/Etudiante ; 5=Sans emploi ; 6=Non documentée
5. Niveau d'étude | _____ | : 1=Analphabète ; 2=Primaire ; 3=Secondaire ; 4=Supérieur ; 5=Non documenté
6. Région d'origine | _____ | : 1=Centre ; 2=Ouest ; 3=Littoral ; 4=Sud ; 5=Est ; 6=Extrême-Nord ; 7=Nord ; 8=Adamaoua ; 9=Nord-Ouest ; 10=Sud-Ouest ; 11=Etrangère ; 12=Non documentée
7. Lieu de résidence | _____ | : 1=Urbain ; 2=Rural
8. Religion | _____ | : 1=Chrétien ; 2=Musulman ; 3=Animiste ; 4=Athée
9. Considération de soi | _____ | : 1=Cisgenre ; 2=Transgenre ; 3=Pangendre
10. Orientation sexuelle | _____ | : 1=Homosexuel ; 2=Hétérosexuel ; 3=Autres.....

SECTION 2 : CARACTERISTIQUES DE L'AGRESSION

9. Lien avec l'agresseur | _____ | : 1=Mari /femme ; 2=Conjoint(e) (concubin(e)) ; 3=Petit(e) ami(e) ; 4=Parents ; 5=Tuteur ; 6=Autres
10. Types d'agression ou formes de violence :
 - a. Violences physiques | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
 - b. Violences sexuelles | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
 - c. Violences psychologiques ou émotionnelles | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
 - d. Violences économiques | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
 - e. Violences culturelles | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
11. Types de violences physiques
 - a. Gifles ou autres coups | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
 - b. Menace avec une arme | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
 - c. Enfermement ou empêchement de sortir avec force | _____ | : 1=Oui ; 2=Non

- d. Empêchement de rentrer chez soi avec brutalité | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
- e. Autres violences physiques

12. Types de violences sexuelles

- a. Imposition de rapports sexuels (viols) | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
- b. Avances sexuelles déplaisantes | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
- c. Attouchements | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
- d. Imposition d'images pornographiques | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
- e. Autres violences sexuelles

13. Types de violences psychologiques ou émotionnelles

- a. Insultes | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
- b. S'en prendre aux enfants | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
- c. Enlèvement des enfants | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
- d. Contrôles des sorties et relations | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
- e. Imposition des comportements | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
- f. Mépris / Dévalorisation / Dénigrement | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
- g. Autres violences psychologiques

14. Types de violences économiques

- a. Non accès aux ressources | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
- b. Dépenses des ressources sans accord | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
- c. Autres

15. Types de violences culturelles

- a. Mutilations génitales féminines | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
- b. Pratiques des rites de veuvage | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
- c. Mariage précoce | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
- d. Mariage forcé | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
- e. Autres

16. Sphère de vie/lieu où s'est produit le type de violences

- a. Couple (à la maison) | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
- b. Lieux publics | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
- c. Lieu de travail | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
- d. Lieu de loisir | _____ | : 1=Oui ; 2=Non
- e. Autres

SECTION 3 : CIRCONSTANCES DE SURVENUES DE L'AGRESSION

17. Quelle est la période journalière la plus fréquente de la violence ? | _____ | : 1=Le

matin ; 2=L'après-midi ; 3=En soirée ; 4=Dans la nuit ; 5=A tout moment.

18. Est-ce la première fois que cela se produit ? | _____ | : 1=Oui ; 2=Non

19. Si non quelle est la fréquence de survenue de la violence la plus récurrente ?

| | : 1=Rarement ; 2=Parfois ; 3=Souvent.

20. L'agresseur avait-il consommé quelque chose ? | | : 1=Oui ; 2=Non

21. Si oui laquelle ? | | : 1=Alcool ; 2=Drogues ; 3=Autres

22. La violence survient généralement dans quel contexte | | : 1=Engueulades ;
2=Conflit d'intérêt ; 3=Divergence d'opinion ; 4=Discrimination ; 5=Sans raison particulière.

SECTION 4 : CARACTERISTIQUE DU PARCOURS DE PRISE EN CHARGE

23. En cas de violences, à qui avez-vous eu recours en premier ? | | : 1=
Police/Gendarmerie ; 2= Chef de village/quartier ; 3=ONG ; 4=Service social ; 5=Autres

24. En cas de violences, à qui avez-vous eu recours en deuxième ? | | : 1=
Police/Gendarmerie ; 2= Chef de village/quartier ; 3=ONG ; 4=Service social ; 5=Autres

25. En cas de violences, à qui avez-vous eu recours en troisième ? | | : 1=
Police/Gendarmerie ; 2= Chef de village/quartier ; 3=ONG ; 4=Service social ; 5=Autres

26. En cas de violences, à qui avez-vous eu recours en quatrième ? | | : 1=
Police/Gendarmerie ; 2= Chef de village/quartier ; 3=ONG ; 4=Service social ; 5=Autres

**27. En cas de violence physique, de quel type de prise en charge avez-vous
bénéficié ?** | | : 1=Sanitaire ; 2=Communautaire ; 3=Psychologique ; 4=Familial ;
5=Judiciaire ; 6=Autre.....

**28. En cas de violence sexuelle, de quel type de prise en charge avez-vous
bénéficié ?** | | : 1=Sanitaire ; 2=Communautaire ; 3=Psychologique ; 4=Familial ;
5=Judiciaire ; 6=Autre.....

**29. En cas de violence émotionnelle ou psychologique, de quel type de prise en charge
avez-vous bénéficié ?** | | : 1=Sanitaire ; 2=Communautaire ; 3=Psychologique ; 4=Familial ;
5=Judiciaire ; 6=Autre.....

**30. En cas de violence économique , de quel type de prise en charge avez-vous
bénéficié ?** | | : 1=Sanitaire ; 2=Communautaire ; 3=Psychologique ; 4=Familial ;
5=Judiciaire ; 6=Autre.....

31. **En cas de violence culturelle, de quel type de prise en charge avez-vous bénéficié ?** | | : 1=Sanitaire ; 2=Communautaire ; 3=Psychologique ; 4=Familial ; 5=Judiciaire ; 6=Autre.....

32. **En cas de violences, avez-vous été transporté dans une structure de santé ?** | | :
1=Oui ; 2=Non

33. **Si oui par qui ?** | | : 1=Le voisinage ; 2=L'agresseur ; 3=Autres.....

