

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR**

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

**FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES**



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

**MINISTRY OF HIGHER
EDUCATION**

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

**FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES**

**DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES ET
ANATOMOPATHOLOGIQUES**

**Profil lésionnel et aspects médico-judiciaires des
violences basées sur le genre dans les
hôpitaux de Yaoundé**

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du diplôme
de Doctorat en Médecine Générale par :

ETOUNDI BASSILEKIN Louise Marie

Matricule : 17M007

Directeur

Pr NSEME ETOUCKEY Eric
Maître de Conférences, Médecine Légale

Codirecteurs

Dr MBOUA BATOUUM Véronique
Maître-Assistant, Gynécologie-Obstétrique

Dr MEGUIEZE Claude-Audrey
Maître-Assistant, Pédiatrie

Dr NTONE ENYIME Samuel
Assistant, Psychiatrie

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR**

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

**FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES**



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

**MINISTRY OF HIGHER
EDUCATION**

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

**FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES**

**DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES ET
ANATOMOPATHOLOGIQUES**

**Profil lésionnel et aspects médico-judiciaires des
violences basées sur le genre dans les
hôpitaux de Yaoundé**

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du diplôme de
Doctorat en Médecine Générale par :

ETOUNDI BASSILEKIN Louise Marie

Matricule : 17M007

Date de soutenance : 28 juin 2024

Jury de thèse :

Président du jury

Pr HANDY EONE Daniel

Rapporteur

Pr NSEME ETYOUCKEY Eric

Membre

Dr NOMO Arlette

Equipe d'encadrement :

Directeur

Pr. NSEME ETOUCKEY Éric

Codirecteurs

Dr. MBOUA BATOUUM Véronique

Dr MEGUIEZE Claude-Audrey

Dr NTONE ENYIME Samuel

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DU PERSONNEL DE LA FMSB	vi
SERMENT D'HIPPOCRATE	xv
RESUME.....	xvi
ABSTRACT	xviii
LISTE DES TABLEAUX.....	xx
LISTE DES FIGURES.....	xxii
ABREVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES	xxiii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : CADRE DE L'ETUDE	3
1.1. JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	4
1.2. QUESTION DE RECHERCHE.....	4
1.3. HYPOTHESE DE RECHERCHE	4
1.4. OBJECTIFS DE RECHERCHE	4
1.5. INTERET DE LA RECHERCHE.....	5
1.6. DEFINITIONS OPERATIONNELLES	5
1.7. CADRE THEORIQUE	7
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE	8
2.1. RAPPELS DES CONNAISSANCES	9
2.2. ETAT DES CONNAISSANCES	19
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE	22
3.1. TYPE D'ETUDE.....	23
3.2. LIEUX D'ETUDE.....	23
3.3. PERIODE ET DUREE DE L'ETUDE.....	26

3.4. POPULATION D'ETUDE	26
3.5. RESSOURCES.....	26
3.6. PROCÉDURE	27
3.7. ANALYSES STATISTIQUES	31
3.8. CONSIDÉRATION ÉTHIQUES	31
CHAPITRE 4 : RESULTATS.....	32
CHAPITRE 5 : DISCUSSION.....	61
CONCLUSION	68
RECOMMANDATIONS.....	70
REFERENCES.....	72
ANNEXES	xxiv

DEDICACE

A mes parents,

Pr ETOUNDI ELOUNDOU Gilles Célestin

&

Mme BIKENDE BASSILEKIN Sylvie épouse ETOUNDI

REMERCIEMENTS

Nous adressons nos sincères remerciements :

- ⊕ **Au Dieu Tout Puissant**, qui par son souffle de vie, sa providence, sa protection, ses innombrables grâces et sa bienveillance a rendu possible ce travail.
- ⊕ **A notre Maître et directeur de thèse : Pr NSEME ETOUCKEY Éric**. Nous vous exprimons toute notre gratitude pour nous avoir fait l'honneur d'accepter la responsabilité directrice de cette recherche. Votre disponibilité, votre rigueur scientifique, votre bienveillance, votre simplicité et votre humilité forcent le respect et l'admiration. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de notre profonde gratitude.
- ⊕ **A notre Maître et co-directeur de thèse : Dr MBOUA BATOUUM Véronique**. Vous avez manifesté un intérêt constant et rassurant tout au long de l'élaboration de ce travail. Nous vous sommes infiniment reconnaissante pour votre dynamisme, votre encadrement et votre disponibilité. Nous prenons en exemple votre rigueur et votre amour du travail bien fait.
- ⊕ **A notre Maître et co-directeur de thèse : Dr MEGUIEZE Claude-Audrey**. Bien plus loin que l'encadrement, le temps accordé, les conseils prodigues, les rappels à l'ordre et les encouragements, vous vous êtes érigée en véritable mère. Nous avons trouvé en vous un grand modèle de vie. Pour votre intelligence mise à notre profit, votre beauté intérieure autant qu'extérieure, votre amour, votre regard toujours bienveillant, et toutes vos si belles valeurs insoupçonnées, très chère maman, mille et un mercis.
- ⊕ **A notre Maître et co-directeur de thèse : Dr NTONE ENYIME Samuel**. Nous n'aurions pas pu aller au bout de ce travail sans votre précieux soutien psychologique, votre agréable encadrement et vos conseils. Vous avez été un tremplin dans cette aventure, un excellent encadreur et surtout un grand frère aimant. Recevez en ces quelques mots, toute notre reconnaissance.
- ⊕ **A Madame le Doyen de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, Pr ZE MINKANDE Jacqueline**, pour tous les efforts mis en œuvre pour nous assurer une formation de qualité tout au long de notre cursus académique.
- ⊕ **A nos Maîtres et Honorables membres du jury**, pour la disponibilité dont vous faites preuve en acceptant d'évaluer cette recherche, votre impartialité sur laquelle nous savons compter et vos précieux apports pour améliorer la qualité de ce travail.

- **Au personnel enseignant et administratif de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I.** Nous vous sommes très reconnaissante pour votre dévotion aussi bien pendant les heures de cours que pendant les stages hospitaliers. Trouvez ici l'expression de notre considération.
- **Aux responsables de l'hôpital de District de Biyem-Assi, l'hôpital Jamot de Yaoundé, le Centre Médical d'Arrondissement de Nkomo et du Laboratoire de Médecine Légale de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé.** Nous vous saurons toujours gré de nous avoir donné accès aux structures dont vous êtes responsables pour mener à bien cette recherche.
- **A nos parents**, pour leur présence, leur patience, leurs encouragements et le soutien multiforme, qui n'ont jamais manqué tout au long de notre formation.
- **A nos frères et sœurs, et autres membres de famille**, en particulier **tantine Laurence, Diane, Carole, Christelle et tonton YANDA Christian**, pour leur intérêt et leur bienveillance du début jusqu'à la fin de ce travail.
- **Au Dr ELONG Jules**, pour son accompagnement bienveillant, ses conseils, sa patience et sa disponibilité tout au long de cette recherche.
- **A nos aînés académiques**, en particulier le **Dr EBOUTOU Ivan, le Dr KEMNANG Honoré, le Dr MVENG Emmanuel, le Dr MEYEBE Thibaud, le Dr BISSOG Joseph, le Dr ABADA Siméone et le Dr PALEY Sandra**, pour les nombreux et précieux conseils ayant contribué à peaufiner ce travail.
- **A tous nos amis**, spécialement **KENTO Louis Junior, JIOGUE Ivary, EWANE Lynn, ABADA Stéphanie, MOAMOASSE Lorryl Pierre, et BEDIBOUNE Inès** pour leur indéfectible soutien matériel, moral et spirituel pendant cette recherche.
- **A tous nos camarades de la 49ème promotion**, en particulier tous ceux du **groupe de recherche du Laboratoire de Médecine Légale**. C'était un immense plaisir de terminer ce parcours à vos côtés.
- **A tous les collaborateurs et autres personnes de bonne volonté** qui, de loin ou de près, ont œuvré à l'aboutissement de ce travail, du plus profond du cœur, merci.

LISTE DU PERSONNEL DE LA FMSB

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 Scolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants : Pr NGANOU

Chris Nadège épouse GNINDJIO

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

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 ENFA Muriel Glawdis

Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation : Pr NJAMSHI Alfred KONGNYU

Coordonnateur CESSI : Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

Coordonnateur de la formation Continue : Pr KASIA Jean Marie

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

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

Chef de Service de l'Administration Générale et du Personnel : Pr SAMBA Odette NGANO épouse 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 NDONGO née MPONO EMENGUELE

Bibliothécaire en Chef par intérim : Mme FROUSSILOU 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 Côme (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	FONKOU 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
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 Cédrick	CC	Urologie
34	IROUME Cristella Raïssa BIFOUNA épouse NTYO'O NKOUМОU	CC	Anesthésie-Réanimation
35	MOHAMADOU GUEMSE Emmanuel	CC	Chirurgie Orthopédique
36	NDIKONTAR KWINJI 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/ Hépato-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
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	NDJITOYAP 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	NDJITOYAP 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
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 MEKOBE Francine épouse EKOBENA	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
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	METO GO NTSAMA Junie Annick	MA	Gynécologie Obstétrique
124	MBOUA BATOUM Véronique Sophie	MA	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'OPHTHALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE

132	DJOMOU François (CD)	P	ORL
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 NKOUO 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)	P	Pédiatrie
-----	---	---	-----------

157	KOKI NDOMBO Paul	P	Pédiatre
158	ABENA OBAMA Marie Thérèse	P	Pédiatrie
159	CHIABI Andreas	P	Pédiatrie
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 CHEMENGNI 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 Réné Ghislain	CC	Immunologie
187	MEDI SIKE Christiane Ingrid	CC	Maladies infectieuses
188	NGOGANG Marie Paule	CC	Biologie Clinique
189	NDOUMBANKENGUE 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	NJOUEMEI ZAKARIAOU	CC	Santé Publique/Economie de la Santé
205	ABBA-KABIR Haamit-Mahamat	AS	Pharmacie
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
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 épse KOUOTOU	CC	Anatomopathologie
217	ESSAME Eric Fabrice	AS	Anatomopathologie

DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE

218	NDONGO EMBOLA épse 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 TAMDJJA 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	Pharmacothérapeutique africaine
230	NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
231	ONDOWA 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

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	Chirurgie Dentaire
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
257	ABA'A Marthe Dereine	AS	Analyse du Médicament
258	FOUMANE MANIEPI NGOUOPIO 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 : Assisant

* : Décédé

SERMENT D'HIPPOCRATE

DECLARATION DE GENEVE

Au moment de mon admission comme membre de la profession médicale :

*Je m'engage solennellement à consacrer toute ma vie au service de
L'Humanité ;*

Je reserverai à mes maîtres le respect et la gratitude qui leur sont dus ;

J'exercerai consciencieusement et avec dignité ma profession ;

La santé du malade sera ma première préoccupation ;

Je garderai les secrets qui me seront confiés ;

*Je sauvegarderai par tous les moyens possibles, l'honneur et la noble
tradition de la profession médicale ;*

*Je ne permettrai pas que les considérations d'ordres religieux, national,
racial, politique ou social, aillent à l'encontre de mon devoir vis-à-vis du
malade ;*

Mes collègues seront mes frères ;

*Je respecterai au plus haut degré la vie humaine et ceci dès la conception ;
Même sous des menaces, je n'utiliserais point mes connaissances médicales
contre les lois de l'humanité ;*

*Je m'engage solennellement sur mon honneur et en toute liberté à garder scrupuleusement
ces promesses.*

RESUME

Introduction : Les violences basées sur le genre (VBG) s'identifient en tout type d'acte préjudiciable perpétré contre une personne ou un groupe de personnes en raison de leur sexe, de leur genre, de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre réelle ou perçue. Leur expansion à travers le monde a justifié plusieurs études sur la question. Dans le contexte africain en général et camerounais en particulier, les victimes sont difficilement identifiables, en raison de leur silence dû à la stigmatisation sociétale. La description des lésions cliniques avec lesquelles elles se présentent pourrait aider à mieux les identifier et à proposer une meilleure prise en charge médicale, sociale et judiciaire.

Objectif : Etudier le profil lésionnel et les aspects médico-judiciaires des victimes de VBG dans les hôpitaux de Yaoundé.

Méthodologie : Nous avons mené une étude transversale dans trois formations sanitaires et au Laboratoire de Médecine Légale (LML) de Yaoundé, sur une période de 4 mois allant de janvier à avril 2024. Était incluse, toute victime de violence physique, sexuelle ou psychologique, ayant consenti à participer. Les données ont été collectées à partir d'une fiche d'enquête pré établie et tenue confidentielle. Nous les avons analysées à l'aide du logiciel SPSS version 23.0. Les variables qualitatives étaient exprimées sous forme d'effectifs et de fréquences en pourcentages, et comparées à l'aide du test de Chi² ou celui exact de Fisher avec un seuil de significativité de 5%. Quant aux variables quantitatives, elles étaient présentées à l'aide des paramètres de position et de dispersion.

Résultats : Nous avons recruté 302 victimes de VBG. L'âge médian était de 26 [23-32] ans, avec un sexe ratio de 0,92. Le type de VBG le plus représenté était la violence psychologique, retrouvée chez 201 participants (66,6%), suivi de la violence physique (56,3%) et enfin de la violence sexuelle (26,5%). Les lésions prédominantes chez les victimes de violences physiques étaient les ecchymoses (86,5%) et érythèmes (60,6%) de l'extrémité céphalique (66,9%). Le mécanisme lésionnel prépondérant était les coups de poing et gifles (92,4%) à mains nues (79,4%). Les principales lésions que présentaient les victimes de violences sexuelles étaient les érythèmes (27,5%) et œdèmes (23,8%) péri vulvaires. Elles étaient le fait d'un rapport sexuel forcé (81,2%) avec pénétration vagino-génitale (87,7%). Indépendamment du type de VBG, la fréquence des troubles psychologiques était de 45,03% et la dépression mentale (33,7%) était la plus représentée, devant les troubles anxieux (16,4%) et l'état de stress post

traumatique (4,7%). Seules 64 (21,2%) victimes ont entrepris des actions sur le plan judiciaire. Il s'agissait essentiellement de l'établissement d'un certificat médico-légal (13,9%) et d'un arrangement à l'amiable ou conciliation (9,6%). Seules 18 (6%) victimes ont déposé une plainte. La méconnaissance de l'existence et de la fonctionnalité (50%) de telles voies, ainsi que la peur (38,2%) étaient les principaux motifs d'abstention.

Conclusion : Les VBG sont fréquentes dans notre contexte. Elles concernent majoritairement les adultes de sexe féminin. Elles sont responsables de lésions sur le plan physique et sur le plan mental. Les actions médico-judiciaires sont rares.

Mots clés : Violences basées sur le genre, profil lésionnel, aspects médico-judiciaires, Yaoundé.

ABSTRACT

Introduction: Gender-based violence (GBV) is any type of harmful act perpetrated against a person or group of people because of their real or perceived sex, gender, sexual orientation and/or gender identity. Their spread throughout the world has warranted several studies on the subject. In the African context in general, and in Cameroon in particular, it is difficult to identify the victims, because of their silence due to the stigmatization of the society. Describing the clinical lesions with which they present could help to better identify them and propose better medical, social and legal care.

Objective: To study the lesion profile of GBV victims in Yaoundé hospitals and report on any medico-legal aspects.

Methodology: We conducted a cross-sectional study in three health facilities and at the Forensic Medicine Laboratory in Yaoundé over a four-month period, from January to April 2024. The study included all victims of physical, sexual or psychological violence who presented themselves at the recruitment sites, and who had given their informed consent. The data was collected using a pre-established and confidential survey form. They were analysed using SPSS software version 23.0. Qualitative variables were expressed as numbers and frequencies in percentages, and compared using the Chi² test or Fisher's exact test with a significance level of 5%. Quantitative variables were presented using position and dispersion parameters.

Results: We recruited 302 GBV victims. The median age was 26 [23-32] years, with a sex ratio of 0.92. The most represented type of GBV was psychological violence, found in 201 participants (66.6%), and followed by physical violence (56.3%) and finally sexual violence (26.5%). The predominant injuries among victims of physical violence were bruises (86.5%) and erythema (60.6%) of the cephalic extremity (66.9%). The preponderant mechanism of injury was blows and slaps (92.4%) with bare hands (79.4%). The main lesions presented by victims of sexual violence were perivulvar erythema (27.5%) and oedema (23.8%). They were the result of forced sexual intercourse (81.2%) with vagino-genital penetration (87.7%). Regardless of the type of GBV, the frequency of psychological disorders was 45.03%. Mental depression (33.7%) was the most common psychological disorder among victims of violence, whether physical, sexual or psychological, ahead of anxiety disorders (16.4%) and post-traumatic stress disorder (4.7%). Only 64 (21.2%) victims took legal action. There were mainly the drawing up of a medico-legal certificate (13.9%) and an

out-of-court settlement or conciliation (9.6%). Only 18 (6%) victims lodged a complaint. Lack of knowledge of the existence and functionality of such channels, and fear (38.2%) were the main reasons for not doing so.

Conclusion: GBV is common in our context. It mainly affects adult women. It causes physical and mental injuries. Legal actions are rare.

Key words: Gender-based violence, injury profile, medico-judicial aspects, Yaoundé.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Matrice des variables sociodémographiques	29
Tableau II : Matrice des variables cliniques	30
Tableau III : Matrice des variables médico-judiciaires	30
Tableau IV : Répartition de la population en fonction de l'âge, du sexe et de la situation matrimoniale.....	34
Tableau V : Répartition de la population en fonction du niveau d'étude, de l'occupation et de la religion.....	35
Tableau VI : Répartition de la population en fonction de la considération de soi et de l'orientation sexuelle	36
Tableau VII : Répartition de la population en fonction des antécédents de VBG	37
Tableau VIII : Répartition des violences psychologiques en fonction des caractéristiques sociodémographiques	39
Tableau IX : Répartition de la population en fonction des auteurs de violences psychologiques	40
Tableau X : Répartition de la population en fonction des formes de violences psychologiques	41
Tableau XI : Répartition de la population en fonction des motifs de violences psychologiques	42
Tableau XII : Répartition de la population en fonction du diagnostic lésionnel psychologique	43
Tableau XIII : Répartition de la fréquence des violences physiques en fonction des caractéristiques sociodémographiques	44
Tableau XIV : Répartition de la population en fonction de la source de la violence physique et de la nature de l'objet incriminé.....	46
Tableau XV : Répartition de la population en fonction des motifs de violences physiques ...	47
Tableau XVI : Répartition de la population en fonction des lésions physiques et leurs localisations.....	49
Tableau XVII : Répartition de la population en fonction atteintes mentales au cours des violences physiques.....	50
Tableau XVIII : Répartition des violences sexuelles en fonction des caractéristiques sociodémographiques	51
Tableau XIX : Répartition de la population en fonction des auteurs des violences sexuelles	52

Tableau XX : Caractéristiques des violences sexuelles.....	52
Tableau XXI : Répartition de la population en fonction des motifs de violences sexuelles ...	53
Tableau XXII : Répartition de la population en fonction des lésions sexuelles rencontrées ..	53
Tableau XXIII : Répartition de la population en fonction des atteintes mentales au cours des violences sexuelles	54
Tableau XXIV : Analyse uni variée des facteurs associés aux troubles mentaux.....	55
Tableau XXV : Facteurs indépendants associés aux troubles mentaux	56
Tableau XXVI : Fréquence d'obtention des CML en fonction du type de VBG	58
Tableau XXVII : Fréquence de dépôt de plainte en fonction du type de VBG	59
Tableau XXVIII : Répartition de la population en fonction des raisons de non dépôt d'une plainte	59
Tableau XXIX: Répartition de la population en fonction des raisons de non demande d'un certificat médical	60

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Algorithme de prise en charge des victimes de VGMS au Cameroun	17
Figure 2 : Diagramme de flux de recrutement de la population d'étude.....	33
Figure 3 : Distribution de la population en fonction du type de violences basées sur le genre	38
Figure 4 : Distribution des auteurs de violences physiques	45
Figure 5 : Distribution de la population en fonction des mécanismes lésionnels de violences physiques.....	48
Figure 6 : Distribution de la population en fonction des aspects médico-légaux des VBG	57

ABREVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES

- ACAFEJ** : Association Camerounaise des Femmes Juristes
- ALVF** : Association de Lutte contre les Violences Faites aux Femmes
- CENAME** : Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels
- CIER** : Comité Institutionnel d'Ethique pour la Recherche
- CIRCB** : Centre International de Référence Chantal Biya
- CMA** : Centre Médical d'Arrondissement
- FMSB** : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé
- HCY** : Hôpital Central de Yaoundé
- HDBA** : Hôpital de District de Biyem-Assi
- LML** : Laboratoire de Médecine Légale
- MGF** : Mutilations Génitales Féminines
- MSG** : Minorités Sexuelles et de Genre
- OGE** : Organes Génitaux Externes
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ORL** : Otorhinolaryngologie
- RENATA** : Réseau National des Tantines
- REVIS** : Réseau de prise en charge des survivants de Violences Sexuelles
- SIDA** : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
- TB** : Tuberculose
- UNFPA** : Fond des Nations Unies pour la Population
- UPEC** : Unité de Prise en Charge
- VBG** : Violence Basée sur le Genre
- VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

La violence est définie comme étant le recours à tout type de force, de contrainte ou de pression [1]. A ce jour, des milliers de personnes à travers le monde en sont victimes. De l'inégalité entre les sexes, l'abus de pouvoir et les normes sociétales néfastes, s'est constituée la notion de violence basée sur le genre (VBG). Celle-ci désigne toute violence qui s'exerce sur une femme ou sur un homme tout simplement parce qu'elle est une femme ou parce qu'il est un homme [1]. Encore appelée violence sexiste, elle peut aussi s'identifier en tout type d'acte préjudiciable perpétré contre une personne ou un groupe de personnes en raison de leur sexe, de leur genre, de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre réels ou perçus [2].

Les VBG constituent un problème majeur tant sur le plan social que sur celui de la santé publique. Leur prévalence est difficile à estimer en raison de la discréetion et du silence des victimes, mais des études révèlent qu'au plan mondial, au moins une femme sur trois a été battue, contrainte à avoir des relations sexuelles ou victime d'autres formes d'abus au cours de son existence [3]. L'OMS en 2017 estimait qu'un homme sur sept a été victime de violences physiques au moins une fois au cours de sa vie [4]. Dans le continent africain, plus de 90 millions de femmes sont victimes d'excisions ou autres formes de mutilations sexuelles féminines [5]. Au Cameroun, selon l'Institut National de Statistiques, 39% de femmes subissent des violences physiques depuis l'âge de 15 ans contre 42% d'hommes [1].

Ces violences conduisent à des conséquences désastreuses sur les plans somatique et psychique des personnes qui en sont victimes. Elles sont responsables de lésions physiques pouvant aller d'un simple érythème à une fracture, une brûlure, un prolapsus, des infections sexuellement transmissibles [6,7], ainsi que des répercussions importantes sur la santé mentale des victimes [8,9] à l'instar de troubles anxieux, dépression mentale, état de stress post-traumatique et même le suicide.

La diversité et la gravité de ces conséquences imposent que l'on s'intéresse à l'expansion de ce fléau mondial qui est malheureusement encore sous déclaré, mal décrit, et pris en charge de façon inadéquate dans ses aspects clinique, social, et même judiciaire. Ainsi, la présente étude avait pour but de décrire le profil lésionnel et les aspects médico-judiciaires des victimes de VBG dans les hôpitaux de Yaoundé.

CHAPITRE 1 : CADRE DE L'ETUDE

1.1. JUSTIFICATION DE L'ETUDE

La problématique des Violences Basées sur le Genre (VBG) est largement débattue et décrite dans les études par plusieurs organismes à l'instar de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). Mais si ces études existent, elles sont confrontées entre autres à la difficulté d'identification des victimes en raison de l'absence de signalement de ces dernières et de l'absence de lésions typiques en cas de VBG. Cela entraîne inévitablement un retard dans l'initiation de la prise en charge holistique. En explorant la présentation clinique des victimes de VBG dans les hôpitaux de Yaoundé et les aspects médico-judiciaires, nous pensons donc apporter une documentation précise et détaillée sur ce phénomène dans le contexte hospitalier de la ville de Yaoundé.

1.2. QUESTION DE RECHERCHE

Quelles sont les caractéristiques cliniques et médico-judiciaires des victimes de VBG dans les hôpitaux de Yaoundé ?

1.3. HYPOTHESE DE RECHERCHE

Les lésions cliniques des VBG seraient physiques et mentales, et les aspects médico-judiciaires, rares.

1.4. OBJECTIFS DE RECHERCHE

1.4.1. Objectif général

Etudier le profil lésionnel des victimes de VBG dans les hôpitaux de Yaoundé et les aspects médico-judiciaires.

1.4.2. Objectifs spécifiques

1. Décrire les lésions cliniques des VBG chez les victimes reçues dans les hôpitaux de Yaoundé.
2. Identifier les facteurs associés aux troubles mentaux.
3. Rapporter les aspects médico-judiciaires.

1.5. INTERET DE LA RECHERCHE

L'intérêt de cette étude était d'établir le profil des victimes de VBG qui se présentent dans les hôpitaux de Yaoundé, décrire les types de lésions qu'elles présentent et mettre en lumière les aspects médico-judiciaires. Cela permettra de mieux connaître le profil de ces victimes, dans le but de mieux les identifier, d'adapter et outiller les services de santé en fonction de leurs besoins, améliorer la coordination entre les services médicaux et judiciaires, pour garantir une meilleure prise en charge et lutter contre l'impunité des agresseurs.

1.6. DEFINITIONS OPERATIONNELLES

Violence physique : elle fait atteinte à l'intégrité physique de la personne. Cette forme de violence est la plus visible : coups, blessures, fractures, etc.

Violence sexuelle : c'est toute parole, fait ou acte de nature sexiste ou sexuelle non désirés par la victime et exercés par un individu, un groupe, ou une organisation. Les violences sexuelles couvrent donc deux champs à savoir d'une part le contact physique guidé par la recherche du plaisir sexuel et d'autre part des propos, des propositions ou des incitations à des actes sexuels non désirés.

Violence psychologique : fait ou acte dirigé contre une personne dans le but de la dévaloriser, dégrader ou d'affecter son moral.

Outing : révéler l'identité sexuelle ou de genre d'une personne sans son consentement.

Cis genre : personne dont l'identité de genre correspond au sexe qui lui a été assigné à la naissance.

Transgenre : personne dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe qui lui a été assigné à la naissance.

Hétérosexuel : personne qui entretient des relations amoureuses ou sexuelles avec les individus du sexe opposé.

Homosexuel : personne qui entretient des relations amoureuses ou sexuelles avec les individus du même sexe.

Bisexuel : personne qui entretient des relations amoureuses ou sexuelles aussi bien avec les personnes du même genre qu'avec celles du genre opposé.

Partenaire sexuel permanent/actuel : personne avec laquelle la victime entretient une relation personnelle étroite, caractérisée par un lien émotionnel ou par des contacts physiques ou des comportements sexuels réguliers, dans le cadre d'une union légitime ou libre.

Partenaire sexuel occasionnel : Personne avec laquelle la victime entretient des rapports sexuels de façon occasionnelle, sans notion d'union légitime ou libre, et sans relation personnelle.

Conciliation : arrangement à l'amiable auquel parviennent des personnes en conflit, avec l'engagement d'une procédure judiciaire ou non.

Ordonnance de protection/restriction : document délivré par un juge d'instruction, interdisant ou limitant l'accès d'un tiers à un autre, sous peine d'une sanction judiciaire.

Trouble anxieux : peur et inquiétude excessives et qui se manifestent par des troubles du comportement connexe [10].

Dépression mentale : tristesse permanente et manque d'intérêt ou de plaisir pour des activités auparavant enrichissantes ou agréables [11].

Etat de stress post traumatique : trouble invalidant qui se développe après une exposition à un événement traumatique. Il est caractérisé par des pensées intrusives, des cauchemars et des flash-backs, l'évitement des rappels du traumatisme, une cognition et des humeurs négatives, une hyper vigilance et des troubles du sommeil [12].

Certificat médico-légal : constat médico-légal fait par un médecin légiste ou tout autre médecin habilité à faire des constatations des préjudices subis par une victime dans le but d'une poursuite judiciaire [13].

Travailleur de sexe : individu qui se livre à des actes dans lesquels il y a toucher aux organes génitaux dans le but de les stimuler sexuellement, que le toucher soit manuel, oral ou par pénétration, en vue d'un gain financier ou matériel [14].

Elève : personne qui fait des études primaires, ou secondaires et n'effectue aucune activité qui génère un revenu financier.

Etudiant : personne qui fait des études supérieures, et n'effectue aucune activité qui génère un revenu financier.

Adulte : Toute personne âgée entre 20 et 59 ans.

1.7. CADRE THEORIQUE

Cette recherche met en évidence une problématique de nature transversale, qui touche de plein fouet des spécialités aussi diverses que la médecine légale, la gynécologie-obstétrique, la médecine d'urgence, la pédiatrie, la psychiatrie et la chirurgie.

CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE

2.1. RAPPELS DES CONNAISSANCES

2.1.1. Définitions et concepts clés

Le terme violence basée sur le genre comporte deux notions clés que sont celles de la « violence » et du « genre ». Ainsi donc, pour comprendre le concept dans sa globalité, il est impératif de définir les clés de sa constitution.

- ❖ La violence fait référence à un rapport de force. Selon l'OMS, il s'agit de l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir, réel ou menacé, contre soi-même, une autre personne, un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès. Ainsi définie, trois catégories de violence ressortent. Ce sont : la violence auto-infligée, la violence interpersonnelle qui inclut autant la violence perpétrée par un proche que par un inconnu (nommée violence communautaire) et la violence collective qui peut être sociale, politique ou économique [15].
- ❖ La notion de genre quant à elle renvoie aux rôles et responsabilités construits par la société et attribués aux femmes et aux hommes dans une culture et un espace donné. Ils subissent l'influence des perceptions et des attentes découlant de facteurs culturels, politiques, environnementaux, économiques, sociaux et religieux, et aussi des coutumes, de la loi, de la classe sociale, de l'ethnicité et de préjugés individuels et institutionnels [15].
- ❖ **Les violences basées sur le genre (VBG)** désignent toute violence qui s'exerce sur une femme ou sur un homme tout simplement parce qu'elle est une femme ou parce qu'il est un homme. Elles s'adressent donc à une personne sur la base de son genre ou de son sexe et incluent les actes qui infligent un préjudice ou une souffrance physique, mentale ou sexuelle, la coercition et autres privations de liberté que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. Elles constituent une préoccupation mondialement reconnue en termes de santé publique et de droits humains, en particulier des femmes et des enfants [1]. Le Cameroun adhère à la définition de la VBG adoptée par les Nations Unies, la désignant comme étant tout acte dirigé contre une personne en raison de son sexe, qui cause ou est susceptible de causer des douleurs ou des souffrances physiques, psychologiques ou émotionnelles. Elle concerne donc à la fois les femmes, les hommes, les filles et les garçons [16].

2.1.2. Fondements des VBG

La violence basée sur le genre est fondée sur un déséquilibre de pouvoirs et est 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 publiques et touche les femmes mais aussi les hommes de manière disproportionnée. Comme tout type de violence, elle 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 [2].

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 selon laquelle 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, de son accès aux ressources et à la prise de décision d'une manière qui réduit la vie de quelqu'un d'autre, sans tenir compte de ses besoins, de ses vœux et de ses limites. Les auteurs des VBG utilisent leur « pouvoir sur » les femmes pour les violenter. Cette violence prend de multiples formes et peut être très visible (ex : agression physique) ou plus insidieuse (ex : menace ou autre forme de pression psychologique ou sociale [15]).

2.1.3. Classification des VBG

Si les définitions des VBG sont controversées et dynamiques, la typologie l'est moins. Toutefois, la communauté humanitaire n'étant pas en mesure de compiler, de classer et d'analyser les informations sur la VBG recueillies par différents programmes et dans différentes zones de terrain pour produire des statistiques comparables, a adopté une nouvelle approche de classification des types de VBG. Le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), l'International Rescue Commette (IRC) et le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) ont mis au point un nouvel outil de classification de la VBG strictement destiné à permettre de standardiser la collecte des données relatives à la VBG chez l'ensemble des prestataires de services VBG [17].

Ainsi, quelle que soit la définition que l'on retient des VBG, on peut les classer comme suit :

- Les violences sexuelles :

Il s'agit de 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, les actes à connotation sexuelle. 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, obliger quelqu'un à entretenir des activités sexuelles dangereuses ou dégradantes, mais le plus souvent il s'agit d'obliger une personne à avoir un rapport sexuel non désiré, sous la menace [16,18].

Même si les hommes sont susceptibles d'être victimes de ce type d'agression, les femmes y sont beaucoup plus exposées et ce, quel que soit le motif de l'auteur. Ainsi les femmes sont les plus vulnérables à tous les actes de violences sexuelles. C'est la forme de violence dont les victimes ont le plus de mal à parler, et pourtant elle est très souvent présente. Les violences sexuelles peuvent être à l'origine de grossesses non désirées, de maladies sexuellement transmissibles, et de lourdes conséquences sur la santé mentale des victimes [9,18,19,20,21].

- Les violences physiques :

Cette forme de violence est la plus visible ; elle regroupe les actes violents consistant à gifler, bousculer, donner des coups de pied ou empoigner brutalement, mordre et griffer, jeter des objets, donner des coups avec ou sans instrument, asséner des coups de poing, tabasser, étrangler, menacer de blesser quelqu'un ou de le tuer, enfermer ou ligoter la victime. L'avortement forcé et la stérilisation forcée, en sont des formes particulières. La violence physique peut être perpétrée par un conjoint, un partenaire intime, les forces de l'ordre, un membre de la famille ou par une autre personne [16,18].

- 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 jalouse, menaces, contrôle abusif des activités, tentatives d'isolement des proches et des amis pouvant aller jusqu'à la séquestration, aux abandons d'enfants, aux intimidations subies tant au travail qu'à la maison. Elle comprend aussi la destruction d'objets ou les actes de cruauté envers les animaux de compagnie de la victime. Elle inflige un préjudice psychologique lourd aux personnes qui en sont victimes [9,16,18,20,21].

- **Les pratiques culturelles néfastes :**

Elles représentent les us, coutumes, traditions et pratiques discriminatoires de longue date enracinées au sein des communautés, et considérées comme normes par ces dernières. Elles réunissent les Mutilations Génitales Féminines et les autres pratiques traditionnelles néfastes variant d'un pays à l'autre (lévirat, sororat, rites de veuvage, mariage précoce, enlèvement de petites filles pour les mariages forcés, etc.). On les regroupe généralement en trois principaux types. Ce sont : Les Mutilations Génitales Féminines (MGF), le mariage d'enfants et les crimes d'honneur [16].

- **Les violences économiques :**

Elles se traduisent par un contrôle financier qui peut aller jusqu'à la dépossession totale des moyens d'autonomie de la victime dans le but de la rendre ou tenter de la rendre financièrement dépendante 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. On peut citer entre autres 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 victime a une activité rémunérée [16].

- **Les violences sociales :**

Elles englobent les restrictions imposées à la vie sociale d'une personne comme l'interdiction ou le contrôle de ses contacts au sein de la famille et à l'extérieur, l'isolation forcée. Elle peut être juridique, culturelle, spatiale ou autres [16].

2.1.4. Causes et facteurs favorisants des VBG

Les causes des violences sont multiples. Elles sont liées aux réalités sociales des milieux d'origine des auteurs et des victimes, donc, à leur éducation, culture, religion, organisation sociale, etc. [8]. Au Cameroun, les VBG sont causées par l'inégalité entre les sexes et l'abus du pouvoir. Bien qu'elles concernent à la fois hommes, femmes, filles et garçons, la majorité de ces actes de violences sont perpétrés par des hommes/garçons contre des femmes/filles [16].

 **Causes potentielles à mettre en exergue :**

- **Inégalité de genre**, asymétrie de pouvoir entre les hommes et les femmes
- **La culture et les croyances religieuses** : 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.

- **Déviances sexuelles**
- **Pauvreté**
- **Comportements marginaux** : alcoolisme, toxicomanie
- **Législation et système judiciaire** : impunité des agresseurs
- **Education** : 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

Ces différentes situations peuvent contribuer à entraîner une perception positive de certaines formes de violence dans la société.

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.
- La dépendance économique

Il est à noter que les facteurs favorisants ne sont pas les causes des violences basées sur le genre, mais peuvent accroître le risque de leur survenue.

Les facteurs aggravants :

Certains facteurs sont non 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 :** il est un facteur aggravant à travers le traitement réservé à certaines formes de violence ; dans beaucoup de localités, le viol est une humiliation, une souillure. C'est une honte à taire, à cacher. Les victimes ont donc tendance à éviter les commissariats de police, gendarmeries et tribunaux. Elles ressentent de la honte, de la gêne et même de la culpabilité après avoir subi une agression sexuelle. Une certaine promiscuité des coépouses est aussi un facteur aggravant de la violence de la femme sur la femme.
- **Les préjugés et superstitions valorisent certaines formes de violence :** la valorisation de certaines formes de violence telles que l'excision, les coups portés à l'épouse par l'époux, etc. 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 vers qui se diriger. 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 une bonne partie des enquêtés que personne ne leur a jamais parlé d'associations de lutte contre les VBG. Les victimes sont alors abandonnées à elles-mêmes, et confrontées à toutes ces pratiques qui nuisent à leur santé et au respect de leurs droits.

2.1.5. Conséquences des VBG

Les VBG ont des conséquences sur la santé physique, sur le plan émotionnel/psychologique et sur le plan social des victimes [8,21].

Conséquences physiques

Elles sont imputables aux VBG physiques ou sexuelles, et peuvent aller de lésions physiques discrètes à la mort.

Les VBG physiques et sexuelles peuvent être responsables de : blessures, handicaps, chocs, infections chroniques, douleurs chroniques, troubles gastro-intestinaux, troubles du sommeil, troubles alimentaires, consommation abusive ou addictive de drogues licites et illicites, etc.

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.

Les conséquences fatales sont la mort, l'homicide, la mortalité maternelle, le suicide et la mortalité infantile.

Conséquences psychologiques et émotionnelles

Les VBG peuvent aussi affecter la santé mentale des victimes.

Les conséquences psychologiques peuvent être : l'état de stress post-traumatique, la dépression mentale, le trouble anxieux, les troubles addictifs, les troubles de la sexualité et les troubles du sommeil.

Les répercussions émotionnelles peuvent être : le sentiment de peur, la tristesse, l'isolement, la honte, l'insécurité, la haine de soi, la culpabilité, les pensées et les comportements suicidaires.

Conséquences sociales

Les réactions sociales courantes à l'endroit des survivants sont le rejet social et l'isolement. Cela peut affecter les relations avec la famille, les amis et la communauté. Elles peuvent également inclure :

- La stigmatisation des victimes
- Le blâme ou jugement des victimes
- La perte des rôles dans la société ou perte d'opportunités dans la vie (par exemple, la victime ne peut plus gagner un revenu, s'occuper des enfants, ne peut plus se marier, elle ne peut plus aller à l'école, ne peut plus travailler, etc.)

Les conséquences sociales sur les victimes sont l'une des principales raisons pour lesquelles l'on doit veiller à la confidentialité. Les victimes ne se signaleront pas si elles n'ont pas

confiance en la confidentialité des services proposés, par crainte des répercussions sur leur environnement social. Plus les conséquences sociales sont graves, moins il y a de signalements.

Il existe de nombreuses raisons pour lesquelles les victimes 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 d'être cru ou du souci 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 manque de confiance par rapport aux autorités ou aux prestataires de services. Pour les victimes de 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 d'autres problèmes de santé mentale.

2.1.6. Prise en charge

La prise en charge des VBG est multisectorielle et multidisciplinaire. Des protocoles de prise en charge sont institués dans plusieurs pays afin de pallier ce problème majeur [8,9,14,16,22]. Ces protocoles varient d'un pays à l'autre en raison des différents contextes, mais les axes de prise en charge sont les mêmes.

Afin de réparer les effets négatifs que subissent les victimes, il y a nécessité d'une prise en charge tri directionnelle : le niveau médical pour guérir les traumatismes anatomiques et psychiques, le niveau psychosocial pour la réinsertion sociale de la victime qui doit parvenir à sa résilience, et le niveau judiciaire afin de pallier à l'impunité des agresseurs [16,23-25].

Au Cameroun, un algorithme de prise en charge des victimes de Violences Basées sur le Genre en Milieu Scolaire (VGMS) a été institué.

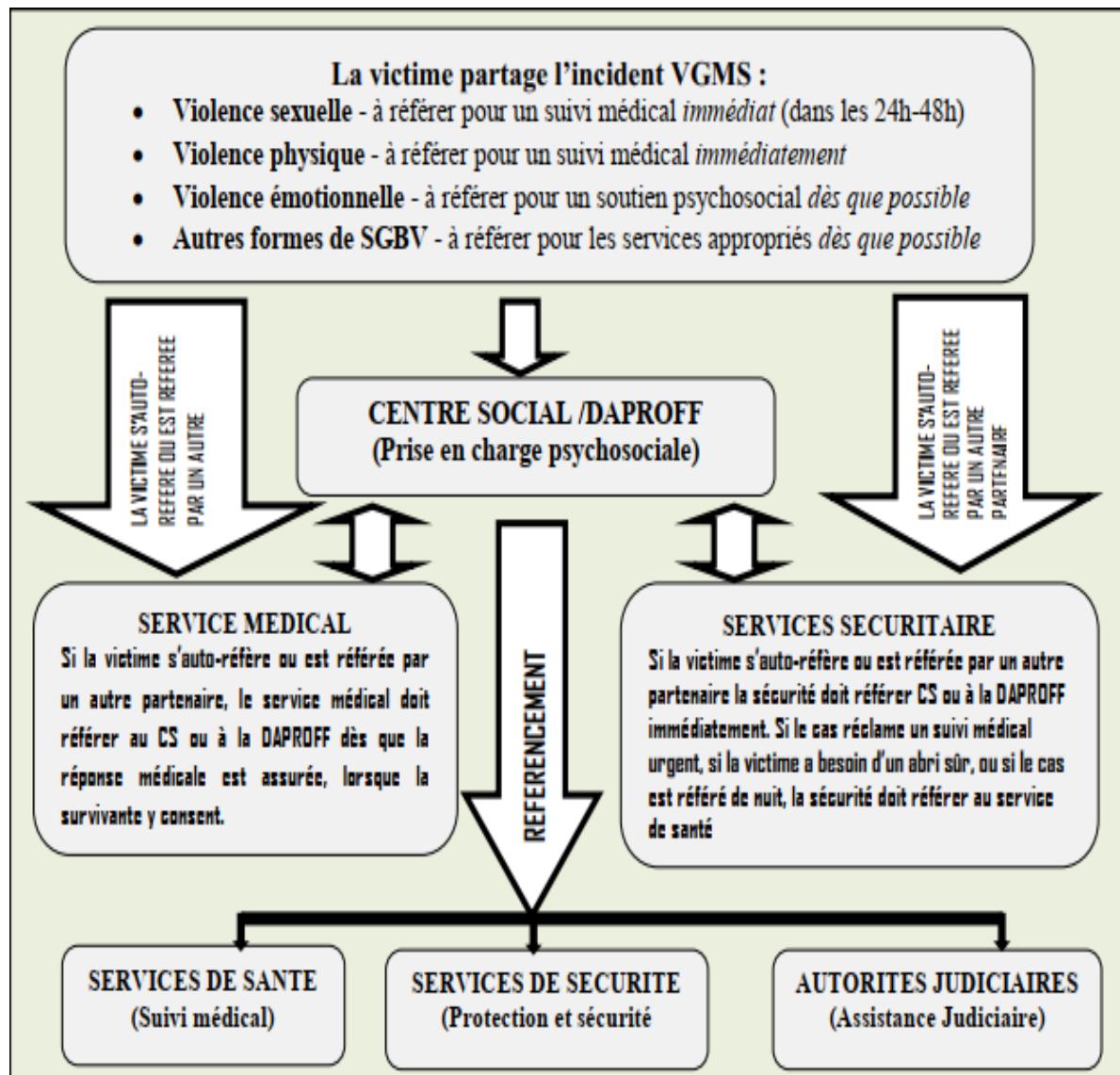


Figure 1 : Algorithme de prise en charge des victimes de VGMS au Cameroun [25]

➤ Prise en charge médicale des violences basées sur le genre

Lorsqu'on est victime d'une violence physique, sexuelle ou psychologique, l'urgence est d'abord médicale. Les hôpitaux à travers les différents services, prennent en charge les lésions physiques et psychiques des victimes. Une bonne prise en charge clinique favorise une meilleure réinsertion sociale, et facilite les procédures judiciaires. Elle se fait en fonction de la nature de la lésion objectivée, et peut être effectuée en ambulatoire, ou en hospitalisation.

Elle nécessite la participation de divers spécialistes notamment les médecins urgentistes, gynécologues, chirurgiens, psychiatres, ORL, pédiatres, odontostomatologues, etc.

Les victimes pourront bénéficier d'un traitement médicamenteux comprenant des antalgiques et anti inflammatoires pour les douleurs, des antibiotiques pour les infections, des médicaments

psychiatriques, des sérothérapies ; un traitement chirurgical si nécessaire et des mesures physiques incluant les vessies de glace, etc. tout ceci, en fonction de la nature et de la gravité de la ou des lésions objectivées.

La prise de la violence sexuelle est codifiée par des algorithmes spécifiques [16,24,25].

➤ **Prise en charge psychosociale des violences basées sur le genre**

L'environnement social, en stigmatisant les victimes, les pousse en marge de la société. C'est dans le but de faire parvenir les victimes à la résilience et à leur réinsertion sociale qu'agissent les intervenants psychosociaux. Ces intervenants psychosociaux sont les moins connus de la population et les moins nombreux sur le terrain. Ce sont les Organisations non gouvernementales comme World production qui s'occupent de la réinsertion sociale des victimes. Les intervenants psychosociaux travaillent en collaboration avec la police et les cliniques juridiques. Les cas de violences viennent de ces deux acteurs. Le maître-mot des intervenants psychosociaux est la confidentialité. Ils interrogent les victimes qui acceptent soit à leur domicile soit au bureau de l'ONG. Les visites à domicile sont moins acceptées à cause de la curiosité que suscite la présence des visiteurs au domicile d'une victime [23].

Au Cameroun, ces intervenants psychosociaux sont les associations ou groupe de soutien aux victimes de VBG. On peut citer entre autres : l'Association Camerounaise des Femmes Juristes (ACAFEJ), qui offre un soutien psychosocial, médical et judiciaire ; l'Association de Lutte contre les Violences Faites aux Femmes (ALVF) qui offre un accompagnement médical et psychosocial ; le Réseau National des Associations des Tantines (RENATA) et le Réseau de Prise en Charge des Survivants de Violences Sexuelles (REVIS) qui aident dans la prise en charge holistique des victimes.

➤ **Prise en charge judiciaire des violences basées sur le genre**

L'intervention judiciaire dans le domaine des VBG implique trois acteurs principaux. Il s'agit de la police, des cliniques juridiques et des magistrats. Cette intervention nécessite une expertise médico-légale, effectuée par les médecins qui de droit. L'efficience de cette intervention est tributaire de la bonne coordination entre de ces acteurs et leurs rôles, et donc des relations qu'ils entretiennent. C'est le résultat de cette collaboration qui détermine les opinions et attitudes qu'ont les populations sur la justice. Car, il est intéressant de s'interroger sur les raisons qui font que les victimes ou leurs parents recourent ou non à la justice pour des cas de VBG. Dans d'autres horizons, la police est la porte d'entrée des cas de violences dans le domaine judiciaire. Lorsque celle-ci est informée par différentes sources d'un cas de VBG, elle procède à

l’arrestation de l’auteur présumé et à l’audition de la victime. Elle instruit le dossier et le transmet aux magistrats. Les cliniques juridiques interviennent pour faire passer la victime à l’hôpital pour identifier des infections éventuelles, elles veillent à la protection de la vie privée de la victime et de sa famille et assurent une assistance judiciaire gratuite de la victime (mais à la charge des bailleurs de fonds). Le magistrat intervient enfin pour établir la culpabilité de l’auteur et imposer la sanction correspondante [23]. Au Cameroun, l’action judiciaire commence après le dépôt d’une plainte. A cette dernière, la victime devra joindre les preuves de son agression au travers d’un certificat médico-légal par exemple. Des mesures sont ensuite prises par les agents judiciaires pour appréhender le coupable présumé, qui après enquête devra comparaître devant un tribunal pour être jugé, et si culpabilité établie, puni selon le respect des lois en vigueur sur les VBG [26-32].

2.2. ETAT DES CONNAISSANCES

2.2.1. Dans le monde

Des études ont été menées un peu partout dans le monde, explorant la problématique des VBG. Sarah R. Meyer et al en 2019 étudiaient la violence perpétrée contre les femmes âgées de 50 ans et plus, en identifiant les types et les modèles de violence, les auteurs de violence et les impacts de la violence sur divers résultats de santé pour les femmes âgées. Cette étude a révélé que la prévalence mondiale de la maltraitance des personnes âgées dans les milieux communautaires, hommes et femmes, était de 15,7% au cours de l’année écoulée, la maltraitance psychologique et la maltraitance financière étant les formes de maltraitance les plus répandues signalées [19].

Warmling et al ont mené une revue systématique de la violence conjugale contre les « hommes et femmes âgés », en se concentrant sur des études de prévalence (études transversales basées sur la population) dans n’importe quel pays et en explorant les facteurs associés à l’expérience de la violence par les hommes et les femmes. La tranche d’âge exacte constituant les « hommes et femmes âgés » n’a pas été définie dans l’analyse. Les résultats comprenaient que la violence psychologique et la maltraitance économique étaient les formes les plus répandues de violence conjugale contre les hommes et les femmes âgés, et que la consommation d’alcool, la dépression, le faible revenu, les déficiences fonctionnelles et l’exposition antérieure à la violence étaient associés à cette violence chez les hommes et les femmes âgés [33].

2.2.2. En Afrique

En Afrique Sub-Saharienne, Muluneh et al en 2020 menaient des travaux de recherche qui visaient à examiner la prévalence de la violence basée sur le genre, y compris la violence conjugale et la violence non conjugale chez les femmes d'Afrique subsaharienne. Les résultats ont montré que la prévalence variait de 13,9% avec Intervalle de Confiance (IC) à 95% dans une étude menée sur des femmes en post-partum présentant des symptômes de dépression en Afrique du Sud, à 97% (IC à 95%) dans une autre menée auprès de femmes rurales au Nigeria. L'estimation globale de la méta-analyse de la prévalence de la violence conjugale était de 44,4% [34]. Beyene et al en 2019, étudiaient également les violences faites aux femmes en Afrique subsaharienne et retrouvaient dans leur méta-analyse une prévalence globale des VBG de 52,83% [35].

2.2.3. Au Cameroun

Au Cameroun, de nombreux auteurs se sont exprimés sur la question des VBG. Essiben et al en 2018 retrouvaient une prévalence élevée des agressions sexuelles en milieu étudiantin. Parmi les victimes de viol, 31,6% s'étaient adressées à une formation sanitaire, 10,5% avaient reçu des ARV, 15,8% une contraception d'urgence et seulement 7,9% avaient déposé une plainte contre leur agresseur [36].

Selon des données de l'INS, la prévalence des différentes formes de violences basées sur le genre est en baisse entre 2004 et 2011. Quelle que soit la forme de violence, les femmes sont nettement plus affectées que les hommes. 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 ; 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 [1].

En 2018, Meka et al menaient une étude sur les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des agressions sexuelles chez les enfants et adolescentes à l'Hôpital Central de Yaoundé, et retrouvaient que les agressions sexuelles sur les enfants et les adolescentes sont généralement perpétrées par des personnes connues des victimes, dans des endroits familiers, en journée. Il s'agit généralement de pénétrations vaginales et d'attouchements avec présence de lésions génitales à 68% dans la présentation clinique [7]. La population jeune était la cible de plus d'un. C'est ainsi que Chiabi et al en 2019 observaient une augmentation progressive mais continue de la prévalence des abus sexuels sur enfants de 0,21% en 2017 à 0,28% en 2019.

La plupart des cas présentaient des ecchymoses au niveau de la vulve (59,2%), des saignements per-vaginaux (36,8%) et des lésions hyméniales (35,5%) [37]. Certains auteurs, à l'instar de Mboua Batoum et al se sont intéressés à l'aspect thérapeutique dans ses volets clinique et médico-légal. Ainsi, parmi les enfants agressés sexuellement reçus, 100% avaient reçu un traitement médico-chirurgical pour leurs blessures physiques, et pour 44,31% des victimes, un signalement avait été effectué [38]. Menick en 2002 s'intéressait à l'incidence des violences sexuelles parmi les élèves, et retrouvaient 15,9% d'enfants dans les écoles victimes d'abus sexuels [39].

CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE

3.1. TYPE D'ETUDE

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

3.2. LIEUX D'ETUDE

L'étude s'est déroulée dans les services d'urgence, de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie, de psychiatrie, de consultations externes et à l'UPEC VBG (Unité de Prise en Charge des VBG) des hôpitaux suivants : Hôpital de District de Biyem-Assi (HDBA), Hôpital Jamot de Yaoundé (HJY), Centre Médical d'Arrondissement de Nkomo ; ainsi qu'au Laboratoire de Médecine Légale (LML) de la FMSB.

3.2.1. Hôpital de District de Biyem-Assi

3.2.1.1. Historique

C'est en 1989, que l'HD de Biyem-Assi voit le jour, avec pour principal objectif de rapprocher les structures sanitaires des populations des quartiers environnants [40]. Il s'agit d'un hôpital de 4^{ème} catégorie.

3.2.1.2. Situation géographique

Il est situé dans la région du centre, dans l'arrondissement de Yaoundé 6. Il fait partie du District de Santé de Biyem-Assi qui dessert plus de 400 000 habitants.

3.2.1.3. Services

Il offre plusieurs services à savoir :

- Urgences
- Service de médecine et spécialités
- Service de petite chirurgie
- Unité de gynécologie et obstétrique
- Laboratoire
- Imagerie médicale
- Pédiatrie

Nous avons effectué notre recrutement dans les services de pédiatrie, de gynécologie, des urgences et en consultations externes.

3.2.2. Hôpital Jamot de Yaoundé

3.2.2.1. Historique

Cet hôpital doit son nom au Docteur Eugène Jamot, médecin militaire français, qui a porté le projet de création de cet hôpital. Il voit donc le jour un 16 janvier 1989, sous le nom de dispensaire Jamot. Il s'agit d'un hôpital de 2^{ème} catégorie, spécialisé dans la prise en charge des maladies respiratoires et de la santé mentale.

3.2.2.2. Situation géographique

L'hôpital Jamot est situé dans la région du Centre, au quartier Mballa 2 à Yaoundé, près de la CRTV. Il fait partie du District de Santé de Djoungolo qui dessert 575 410 habitants.

3.2.2.3. Services

Il offre plusieurs services à savoir :

- Anatomopathologie
- Anesthésie/Réanimation
- Médecine interne
- Médecine générale
- Psychiatrie
- Chirurgie
- Gynécologie
- Imagerie
- Ophtalmologie
- Odontostomatologie
- Pédiatrie
- UPEC VIH
- Urgences
- Pharmacie
- Thanatopraxie

Nous avons recruté dans le service de psychiatrie.

3.2.3. CMA de Nkomo

3.2.3.1. Historique

Le CMA de Nkomo a été créé sous le vocable dispensaire de Nkomo, dans les années 1970. Il passe à l'état de CMA dans les années 2000, jusqu'à l'heure actuelle. Il s'agit d'une formation sanitaire de 5^e catégorie.

3.2.3.2. Situation géographique

Il est situé dans la région du centre, dans l'arrondissement de Yaoundé 4. Plus précisément à proximité du collège Ecole publique de Nkomo et de l'Eglise Presbytérienne Camerounaise Paroisse de Samarie. Il fait partie du District de Santé d'Odza, qui dessert une population de 442 786 habitants.

3.2.3.3. Services

Les services offerts sont les suivants :

- Vaccination
- Consultations externes
- Consultations prénatales
- Maternité
- Planning familial
- Pédiatrie
- Hospitalisation
- Petite chirurgie
- Laboratoire
- UPEC TB (Unité de Prise en Charge de la Tuberculose)
- UPEC VIH (Unité de Prise en Charge du VIH)
- UPEC VBG (Unité de Prise en Charge des Violences Basées sur le Genre)

Nous avons recruté dans le service UPEC VBG.

3.2.4. Laboratoire de Médecine Légale de la FMSB/UYI

3.2.4.1. Historique

Le Laboratoire de Médecine Légale est un laboratoire de recherche qui a été créé en 2019 par le Pr NSEME Éric, Médecin Légiste. Il s'agit d'un bâtiment annexe de la FMSB/UYI.

3.2.4.2. Situation géographique

Il est situé dans l'enceinte du campus de la FMSB, à quelques mètres du Centre Hospitalier Universitaire au quartier dit Melen à Yaoundé.

3.2.4.3. Services

Les services offerts sont les suivants :

- Victimologie clinique (consultation des victimes, délivrance des certificats médicaux et médico-légaux)
- Expertise médicale
- Expertise en accidents médicaux
- Thanatologie (levée de corps, autopsie)
- Identification génétique
- Conseil procédural ou conseil médico-judiciaire

3.3. PERIODE ET DUREE DE L'ETUDE

Notre étude s'est étalée sur une durée de 9 mois, allant d'Octobre 2023 à Juin 2024. Quant à la période de collecte de données, elle a duré 4 mois (8 Janvier au 8 Avril 2024).

3.4. POPULATION D'ETUDE

3.4.1. Population cible

Nous ciblions les victimes de VBG de la ville de Yaoundé.

3.4.2. Population source

Elle concernait toutes les victimes de violences physiques, sexuelles et psychologiques se présentant dans les services des formations sus mentionnées.

3.4.3. Critères de sélection

3.4.3.1. Critère d'inclusion

Etais incluse dans notre étude, toute victime de violence physique, sexuelle et/ou psychologique, ayant donné son consentement éclairé.

3.4.3.2. Critère d'exclusion

Tout retrait de l'étude quel que soit le motif.

3.4.4. Echantillonnage

Nous avons réalisé un échantillonnage consécutif, non probabiliste et non exhaustif.

3.5. RESSOURCES

3.5.1. Ressources humaines

- Investigateur principal : ETOUNDI BASSILEKIN Louise Marie
- Directeur de thèse : Pr NSEME ETOUCKEY Éric, Médecin Légiste

- Co-directeurs de thèse : Dr MBOUA BATOUM Véronique, Gynécologue-Obstétricienne ; Dr MEGUIEZE Claude-Audrey, Pédiatre ; Dr NTONE ENYIME Samuel, Psychiatre.
- Aide statistique : Dr ELONG Jules Thierry

3.5.2. Ressources matérielles

- *Matériels de collecte des données*
 - Registres d'admission ou d'hospitalisation des services concernés
 - Dossiers médicaux et infirmiers des patients inclus
 - Fiches techniques de collecte de données
 - Fiches de consentement éclairé
 - Notices d'information sur l'étude
 - Scores PHQ9 et HADS pour le dépistage de la dépression et de l'anxiété
 - Ordinateur portable
 - Matériel de bureau : stylos à encres bleu, rouge et noir ; crayons ; agrafeuse
- *Matériels pour l'analyse des données*
 - Un ordinateur portable
 - Le logiciel d'analyse SPSS version 23.0
 - Une calculatrice scientifique
 - Des documents traitant des VBG et de la psychiatrie.
- *Matériels pour la saisie des données*
 - Un ordinateur portable
 - Le logiciel de saisie Word version 2016 de Microsoft®.

3.6. PROCÉDURE

3.6.1. Démarches administratives

Les préliminaires de l'étude ont consisté en la rédaction du protocole de recherche et sa validation par les co-directeurs et le directeur de thèse. Ensuite, des demandes d'autorisation de recherche ont été déposées dans les différents sites retenus pour l'étude, ainsi qu'une demande de clairance éthique au Comité Institutionnel d'Ethique de la Recherche (CIER) de la FMSB/UYI. Après obtention des autorisations, nous avons commencé la phase de collecte.

3.6.2. Collecte des données

Tous les jours de la semaine, à l'exception du dimanche étaient exploités pour le recrutement. Nous avons enregistré les nouveaux cas, c'est-à-dire ceux qui se présentaient dans les services

au moment où nous y étions ou alors dans un délai de 24 heures, ainsi que les cas antérieurs à notre passage, dont les violences dataient de trois mois au maximum.

3.6.2.1. Méthodes de collecte

Nous nous sommes présentés dans les services des différents sites de recrutement afin de débuter la collecte. Les données ont été recueillies de différentes manières.

- **Pour les nouveaux cas**, nous les recrutions au fur et à mesure qu'ils se présentaient dans les sites à travers des entretiens individuels de 30 à 40 minutes chacun.
- **Pour les cas antérieurs à notre passage**, nous avons consulté les registres de consultation en insistant sur les diagnostics de sortie, à la recherche de diagnostics tels que violence conjugale, agression sexuelle, dépression mentale, trouble anxieux ou état de stress post traumatisant, correspondant à notre thématique de recherche. Après sélection des cas, nous avons contacté les victimes au travers d'un appel téléphonique au cours duquel un rendez-vous était pris dans les locaux des sites de recrutement. A la suite de la rencontre, une contrepartie était remise pour le déplacement.

3.6.2.2. Etapes de la collecte

Avant de débuter la collecte des données, nous avons pris le temps d'expliquer à chaque victime l'objet et le but de la recherche, au travers d'un discours précis et succinct étayé par une notice d'informations. Nous nous sommes ensuite assurés d'avoir leur autorisation pour les inclure dans l'étude, en leur faisant signer un formulaire de consentement éclairé.

Une fois le consentement obtenu, nous avons procédé à la collecte proprement dite. Les victimes étaient reçues et prises en charge dans les services par les différents personnels y affectés. Nous n'interventions qu'en tant qu'examinateur secondaire et passif pendant l'examen physique conduit par les médecins traitants pour l'identification des lésions physiques, et en tant qu'interrogateur pour les informations complémentaires, notamment les suites médico-judiciaires éventuelles à la suite des violences subies et l'examen psychiatrique (à travers les scores) à la recherche des atteintes mentales. Les éléments recherchés étaient donc les suivants :

- Les éléments d'identification : âge, sexe, nationalité, ethnie, profession, statut matrimonial, niveau d'étude, orientation sexuelle et considération de soi.
- Une notion de violence physique, sexuelle ou psychologique ainsi que le déroulement des faits, le mécanisme lésionnel, l'occurrence, la nature et la raison du préjudice, la personne à l'origine des dommages infligés à travers un interrogatoire prudent.

- Des lésions physiques à l'exemple de : érythème, ecchymose, plaie, brûlure, déchirure, fissure, etc.
- Une symptomatologie évocatrice d'un état de stress post traumatisant, et les éléments de diagnostics de dépression mentale et trouble anxieux présents dans les scores PHQ9 et HADS (Annexes 11 et 12).
- Des informations sur les actions médico-judiciaires menées à la suite du préjudice notamment : établissement d'un certificat médico-légal, d'une conciliation, dépôt de plainte, recherche d'un avocat, demande d'une ordonnance de protection.

L'ensemble des données collectées a été reporté sur les fiches prévues à cet effet.

3.6.2.3. Variables étudiées

Nos variables d'intérêt étaient les suivantes :

Tableau I : Matrice des variables sociodémographiques

DIMENSION	VARIABLES	COMPOSANTES
Sociodémographique	Age	
	Sexe	Masculin Féminin
	Orientation sexuelle	Homosexuel Hétérosexuel Bisexuel
	Statut matrimonial	Célibataire Marié/en concubinage Divorcé et Veuf
	Niveau d'étude	Non scolarisé Primaire Secondaire Supérieur
	Occupation	Sans emploi Elèves/étudiants Travailleurs Travailleur de sexe
	Religion	Chrétien Musulman Athée

Tableau II : Matrice des variables cliniques

DIMENSION	VARIABLES	COMPOSANTES
Clinique	Type de VBG	Physique Sexuelle Psychologique
	Lésions physiques	Ecchymose Erythème Œdème Plaie Fracture Lacération Brûlure Autres
	Localisation topographique	Tête et cou Thorax Abdomen Membres supérieurs Membres inférieurs Organes génitaux Région anale Région glutéale
	Atteintes mentales	Dépression mentale Trouble anxieux Etat de stress post traumatique

Tableau III : Matrice des variables médico-judiciaires

DIMENSION	VARIABLES
Médico-judiciaire	Obtention d'un certificat médical
	Dépôt d'une plainte contre agresseur
	Arrangement à l'amiable
	Consultation d'un avocat
	Demande d'ordonnance de protection

3.7. ANALYSES STATISTIQUES

Les données collectées ont été saisies et analysées grâce au logiciel SPSS version 23.0. Les variables qualitatives étaient exprimées sous forme d'effectifs et de fréquences en pourcentage, et comparées à l'aide du test de Chi² ou du test exact de Fisher. Quant aux variables quantitatives, elles étaient présentées à l'aide de la moyenne ou de la médiane et leurs paramètres de dispersion (écart type et intervalle interquartile respectivement). Une analyse univariée, puis multi variée par la méthode de régression logistique binaire ont été conduites à la recherche des facteurs indépendants associés aux troubles mentaux. Le seuil de significativité était de 5%. Les tableaux et les figures ont été réalisés grâce à la suite bureautique Microsoft Office® 2016.

3.8. CONSIDÉRATION ÉTHIQUES

3.8.1. Autorisations institutionnelles

Cette recherche s'est déroulée dans le respect des principes fondamentaux de la déclaration d'Helsinki de 1964 révisée en Octobre 2013 :

- **La confidentialité** : toutes les informations relatives aux participants ont été traitées confidentiellement. Les fiches de collecte étaient codifiées (annexe 3).
- **La bienfaisance** : les participants étaient informés du bienfondé de l'étude. Ils ont bénéficié des réponses aux questions relatives à l'étude ou à leur santé.
- **La non-malfaisance** : l'entretien était non invasif. Nous avons limité autant que possible le risque psychologique lié aux informations confidentielles recueillies auprès des participants, ainsi qu'au temps perdu.
- **La justice** : tous les participants étaient traités de la même façon et étaient informés des mesures prises à la suite de ce travail de recherche.

Nous avons fait une demande de clairance éthique au CIER-FMSB et des demandes d'autorisation de recherche aux directeurs des établissements sélectionnés.

3.8.2. Confidentialité

Nous avons effectué cette étude dans le strict respect de l'anonymat des patients, par des fiches de collecte numérotées. La confidentialité des informations qui nous ont été fournies pendant les examens et dans les questionnaires a été respectée. Ces informations seront utilisées dans le seul but de l'étude et seront introduites dans une base de données à laquelle seuls les encadreurs et nous auront accès.

CHAPITRE 4 : RESULTATS

4.1. RECRUTEMENT DE LA POPULATION D'ETUDE

La présente étude a été menée au cours de la période d'octobre 2023 à mai 2024, soit 8 mois. La figure 1 ci-dessous décrit le processus de recrutement des participants.

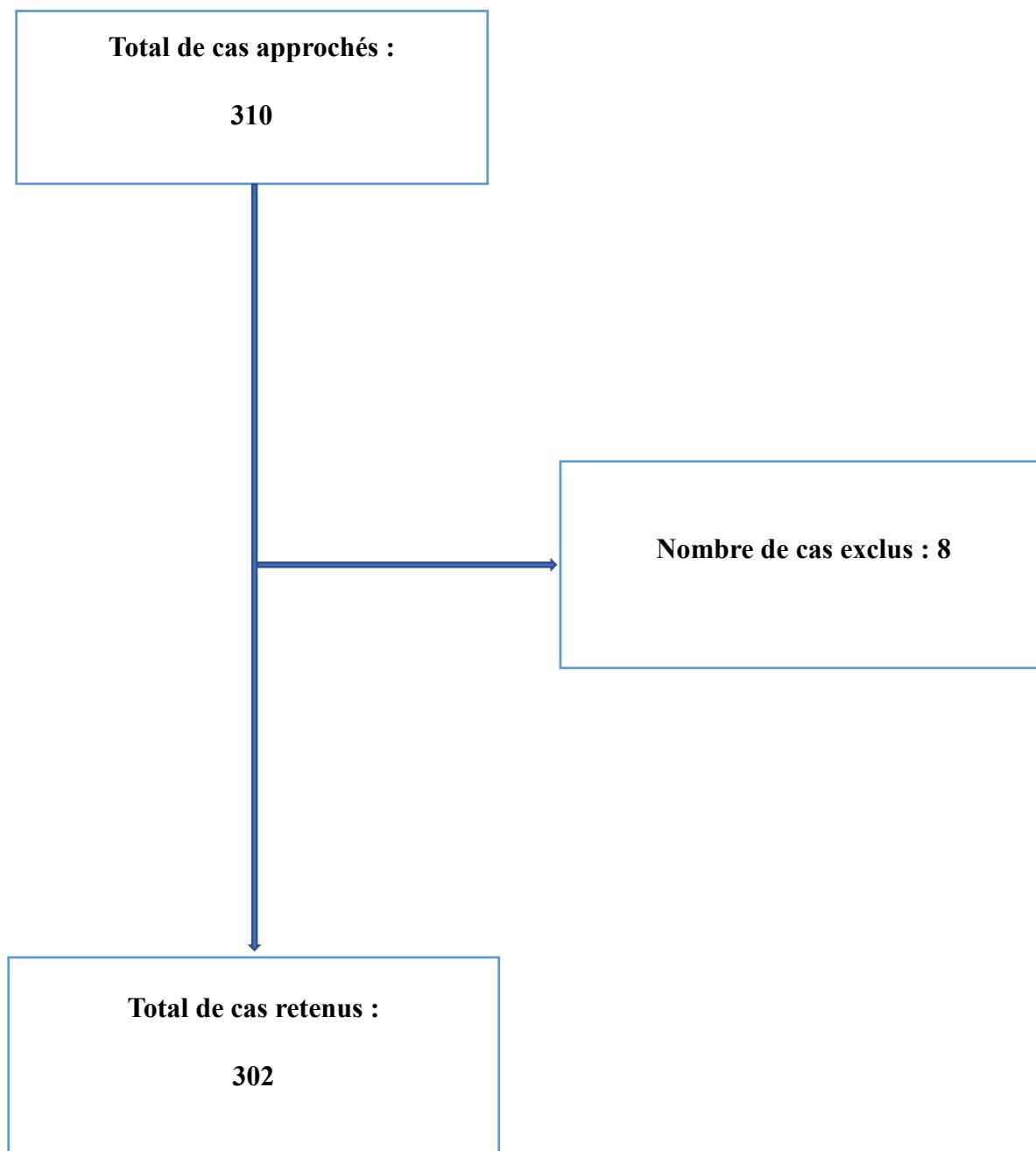


Figure 2 : Diagramme de flux de recrutement de la population d'étude

4.2. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE

4.2.1. Age, sexe et situation matrimoniale

Dans notre population d'étude, l'âge médian des participants était de 26 [23-32] ans, avec des extrêmes de 3 et 57 ans. La plupart d'entre eux se situait dans la tranche des [20-30[ans (56,3%). Le genre féminin était le plus représenté, avec un taux de 52%, soit un sex-ratio de 0,92. Pour ce qui concerne la situation matrimoniale, 76,2% des victimes étaient célibataires, comme mentionné dans le tableau IV ci-dessous.

Tableau IV : Répartition de la population en fonction de l'âge, du sexe et de la situation matrimoniale

Modalités	Effectifs (N=302)	Fréquences (%)
Tranches d'âges (années)		
< 10	7	2,3
[10-20[23	7,6
[20-30[170	56,3
[30-40[79	26,2
[40-50[19	6,3
[50-60[4	1,3
Sexe		
Masculin	145	48
Féminin	157	52
Situation matrimoniale		
Célibataire	230	76,2
Marié / Concubinage	66	21,9
Veuf	4	1,3
Divorcé	2	0,7

4.2.2. Niveau d'étude, occupation et religion

Dans notre échantillon, le niveau d'étude secondaire était le plus retrouvé à 55% des cas. Plus de la moitié des victimes avait un travail licite rémunéré. Les travailleurs étaient répartis en acteurs du secteur formel (18,5%) et acteurs du secteur informel (33,8%). Par ailleurs, on retrouvait 6,3% de travailleurs de sexe. La religion chrétienne était prédominante à 89,7% comme le montre le Tableau V.

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

Modalités	Effectifs (N=302)	Fréquences (%)
Niveau d'étude		
Aucun	20	6,6
Primaire	26	8,6
Secondaire	166	55
Supérieur	90	29,8
Occupation		
Acteurs du secteur informel	102	33,8
Acteurs du secteur formel	56	18,5
Elèves/Etudiants	106	35,1
Sans emploi	19	6,3
Travailleur de sexe	19	6,3
Religion		
Chrétien	271	89,7
Musulman	24	7,9
Athée	7	2,3

4.2.3. Considération de soi et orientation sexuelle

Nous avons retrouvé que 14,2% de la population se définissait comme transgenre, et que la non hétérosexualité était prédominante dans 53,3% des cas (tableau VI).

Tableau VI : Répartition de la population en fonction de la considération de soi et de l'orientation sexuelle

Modalités	Effectifs (N=302)	Fréquences (%)
Considération de soi		
Cis genre	259	85,8
Transgenre	43	14,2
Orientation sexuelle		
Hétérosexuel	141	46,7
Homosexuel / Bisexuel	161	53,3

4.3. PROFIL LESIONNEL DES VBG

4.3.1. Antécédents de violences basées sur le genre

Le tableau VII ci-dessous montre que 128 personnes sur 302 (42,4%) avaient des antécédents de violences basées sur le genre. On notait des antécédents de violences psychologiques, physiques et sexuelles à 44,1%, 36,1% et 19,6% des cas respectivement.

Tableau VII : Répartition de la population en fonction des antécédents de VBG

Modalités	Effectifs (N=302)	Fréquences (%)
Antécédents de VBG		
Oui	128	42,4
Non	174	57,6
Antécédents de violences psychologiques		
Aucun	169	56
1	22	7,3
≥ 2	111	36,8
Antécédents de violences physiques		
Aucun	211	69,9
1	19	6,3
≥ 2	90	29,8
Antécédents de violences sexuelles		
Aucun	243	80,5
1	15	5
≥ 2	44	14,6

4.3.2. Types de violences basées sur le genre

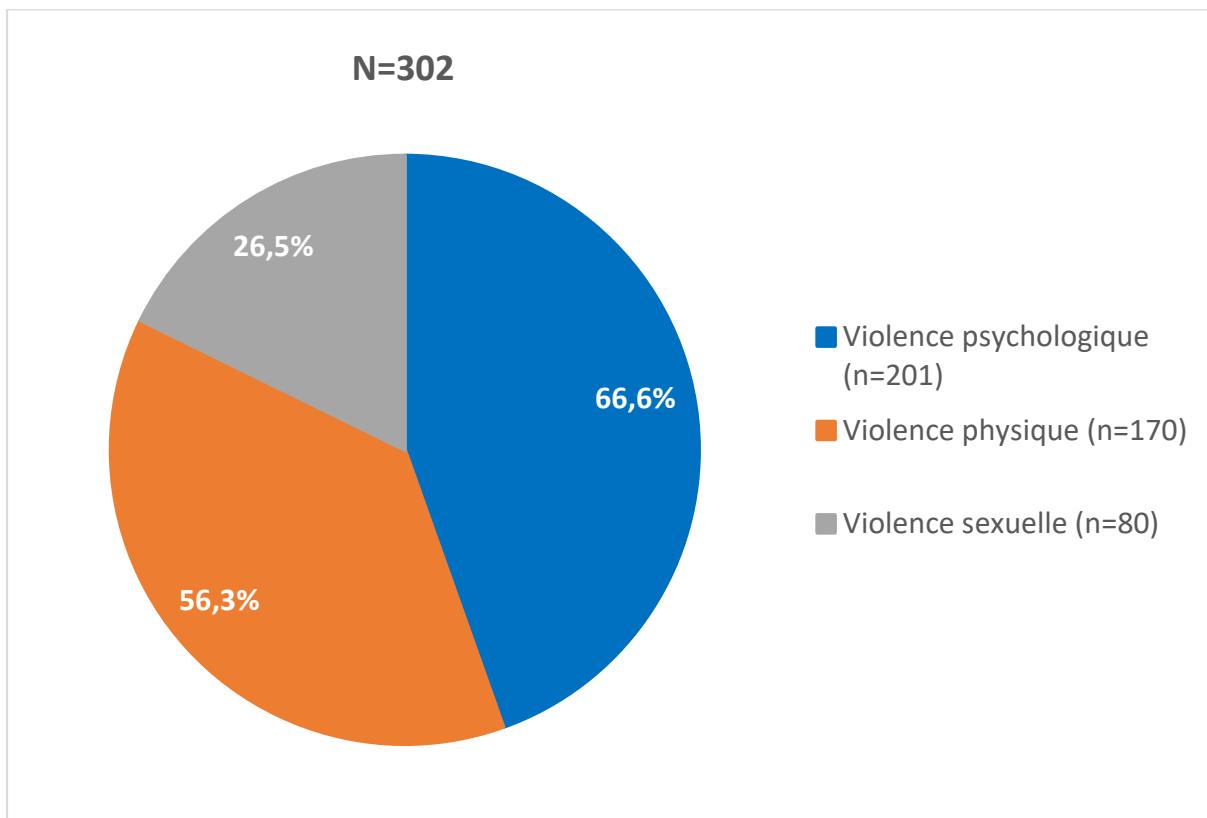


Figure 3 : Distribution de la population en fonction du type de violences basées sur le genre

Selon la figure 3 ci-dessus, le type de VBG le plus retrouvé était la violence psychologique (66,6%), suivie de la violence physique (56,3%) et enfin de la violence sexuelle (26,5%).

4.3.3. Caractéristiques des violences psychologiques

4.3.2.1. Associations entre violences psychologiques et caractéristiques sociodémographiques

Des associations entre les violences psychologiques et les caractéristiques sociodémographiques que sont l'âge, le sexe, la profession et l'orientation sexuelle ont été retrouvées. Ainsi donc, les participants en deçà de 20 années d'âge avaient moins de risque de subir des violences psychologiques ($p < 0,001$). Par ailleurs les hommes et les non hétérosexuels avaient respectivement 1,66 et 1,69 fois plus de risque d'être agressés psychologiquement ($p=0,025$ et $p=0,021$), comme le montre le tableau VIII.

Tableau VIII : Répartition des violences psychologiques en fonction des caractéristiques sociodémographiques

Variables	Violences psychologiques	Absence de violences psychologiques	OR	Valeur P
	N=201 ; n(%)	N=101 ; n(%)	(IC à 95%)	
Tranches d'âge (années)				
< 20	9 (30)	21 (70)	0,17 (0,07-0,40)	< 0,001
[20-30[116 (68,2)	54 (31,8)	1,18 (0,73-1,92)	0,281
[30-40[57 (72,2)	22 (27,8)	1,41 (0,80-2,49)	0,138
≥ 40	19 (82,6)	4 (17,4)	2,53 (0,83-7,65)	0,066
Sexe				
Masculin	105 (72,4)	40 (27,6)	1,66 (1,02-2,71)	0,025
Féminin	96 (61,1)	61 (38,9)	1	
Statut matrimonial				
Pas en couple	160 (67,8)	76 (32,2)	1,28 (0,72-2,26)	0,236
En couple	41 (62,1)	25 (37,9)	1	
Niveau d'étude				
Aucun/primaire	31 (67,4)	15 (32,6)	1,04 (0,53-2,04)	0,521
Secondaire	107 (64,5)	59 (35,5)	0,81 (0,50-1,31)	0,233
Supérieur	63 (70,0)	27 (30)	1,25 (0,73-2,13)	0,245
Occupation				
Travailleur du sexe	18 (94,7)	1 (5,3)	9,83 (1,29-74,77)	0,004
Autres	183 (64,7)	100 (35,3)	1	
Orientation sexuelle				
Hétérosexuel	85 (60,3)	56 (39,7)	1	
Homosexuel/Bisexuel	116 (72)	45 (28)	1,69 (1,04-2,75)	0,021

4.3.2.2. Auteurs des violences psychologiques

Les victimes de violences psychologiques (n=201) déclaraient que les parents (23,9%) et les partenaires sexuels permanents (21,4%) étaient les principaux auteurs incriminés. (Tableau IX)

Tableau IX : Répartition de la population en fonction des auteurs de violences psychologiques

Auteurs des violences psychologiques	Effectifs (n=201)	Fréquences (%)
Parents	48	23,9
Partenaire sexuel permanent	43	21,4
Inconnu	33	16,4
Partenaire sexuel occasionnel	27	13,4
Ami	14	7
Force de l'ordre	8	4
Religieux	3	1,5
Autres	25	12,4

4.3.2.3. Formes de violences psychologiques

Pour ce qui est des formes de violences psychologiques, les injures (66,2%) et les menaces (33,3%) étaient les plus retrouvées, comme le montre le Tableau X ci-dessous.

Tableau X : Répartition de la population en fonction des formes de violences psychologiques

Formes de violences psychologiques	Effectifs (n=201)	Fréquences (%)
Injures	133	66,2
Menaces	67	33,3
Rejet familial	19	9,5
Discours haineux	17	8,5
Violation de la vie privée	9	4,5
Discrimination	7	3,5
Outing	7	3,5
Exorcisme / Rites forces	6	3
Diffamation	3	1,5
Thérapie réparatrice force	3	1,5
Chantage	2	1
Refus de soins	1	0,5
Moqueries	1	0,5

4.3.2.4. Motifs de violences psychologiques

L'expression du genre et l'orientation sexuelle (39,8%) étaient les motifs de violences psychologiques les plus fréquemment évoqués. Par ailleurs, 33,3% des victimes n'évoquaient ou disaient ne pas connaître la raison de leur agression (tableau XI).

Tableau XI : Répartition de la population en fonction des motifs de violences psychologiques

Motifs de violences psychologiques	Effectifs (n=201)	Fréquences (%)
Expression du genre ou orientation sexuelle	80	39,8
Inconnue / Non évoquée	67	33,3
Insatisfaction sexuelle	15	7,5
Profession/niveau d'éducation	8	4
Refus de rapports sexuels	5	2,5
Crise de jalousie/tromperie	7	2
Infertilité	3	1,5
Etat d'ébriété	2	1
Frustration du conjoint	4	2
Héritage	2	1
Abus de pouvoir	5	2,5
Handicap physique	1	0,5
Cybercriminalité	1	0,5
Problèmes de couple	1	0,5

4.3.2.5. Diagnostic lésionnel psychologique

Des atteintes mentales avaient été identifiées chez 105 des 201 victimes de violences psychologiques (52,2%). Ces dernières étaient dominées par la dépression mentale (25,4%) et les troubles anxieux (24,9%) comme le montre le tableau XII ci-dessous.

Tableau XII : Répartition de la population en fonction du diagnostic lésionnel psychologique

Modalités	Effectifs (n=201)	Fréquences (%)
Troubles psychologiques		
Oui	105	52,2
Non	96	47,8
Diagnostic lésionnel psychologique		
Dépression mentale	51	25,4
Trouble anxieux	50	24,9
Etat de stress post traumatique	11	5,5

4.3.4. Caractéristiques des violences physiques

4.3.4.1. Violences physiques et caractéristiques sociodémographiques

Le tableau XIII ci-dessous montre que les participants âgés entre 30 et 40 ans avaient 2,3 fois plus de risque de subir une violence physique ($p=0,002$) de même que les femmes, soit 1,5 fois plus de risque que les hommes ($p=0,030$). Chez les travailleurs de sexe, ce risque était multiplié par 4,46 ($p=0,009$).

Tableau XIII : Répartition de la fréquence des violences physiques en fonction des caractéristiques sociodémographiques

Variables	Violences physiques	Absence de violences physiques	OR	Valeur p
	N=170 ; n(%)	N=132 ; n(%)	(IC à 95%)	
Tranches d'âge (années)				
< 20	10 (33,3)	20 (66,7)	0,35 (0,15-0,77)	0,007
[20-30[93 (54,7)	77 (45,3)	0,86 (0,54-1,36)	0,304
[30-40[56 (70,9)	23 (29,1)	2,32 (1,34-4,04)	0,002
≥ 40	11 (47,8)	12 (52,2)	0,69 (0,29-1,62)	0,262
Sexe				
Masculin	73 (50,3)	72 (49,7)	1	
Féminin	97 (61,8)	60 (38,2)	1,59 (1,01-2,52)	0,030
Statut matrimonial				
Pas en couple	127 (53,8)	109 (46,2)	0,62 (0,35-1,09)	0,066
En couple	43 (65,2)	23 (34,8)	1	
Niveau d'étude				
Aucun/primaire	29 (63,0)	17 (37,0)	1,39 (0,72-2,65)	0,201
Secondaire	90 (54,2)	76 (45,8)	0,82 (0,52-1,31)	0,246
Supérieur	51 (56,7)	39 (43,3)	1,02 (0,62-1,68)	0,517
Occupation				
Travailleur du sexe	16 (84,2)	3 (15,8)	4,46 (1,27-15,67)	0,009
Autres	154 (54,4)	129 (45,6)	1	
Orientation sexuelle				
Hétérosexuel	82 (58,2)	59 (41,8)	1,15 (0,73-1,82)	0,310
Homosexuel/Bisexuel	88 (54,7)	73 (45,3)	1	

4.3.4.2. Auteurs des violences physiques

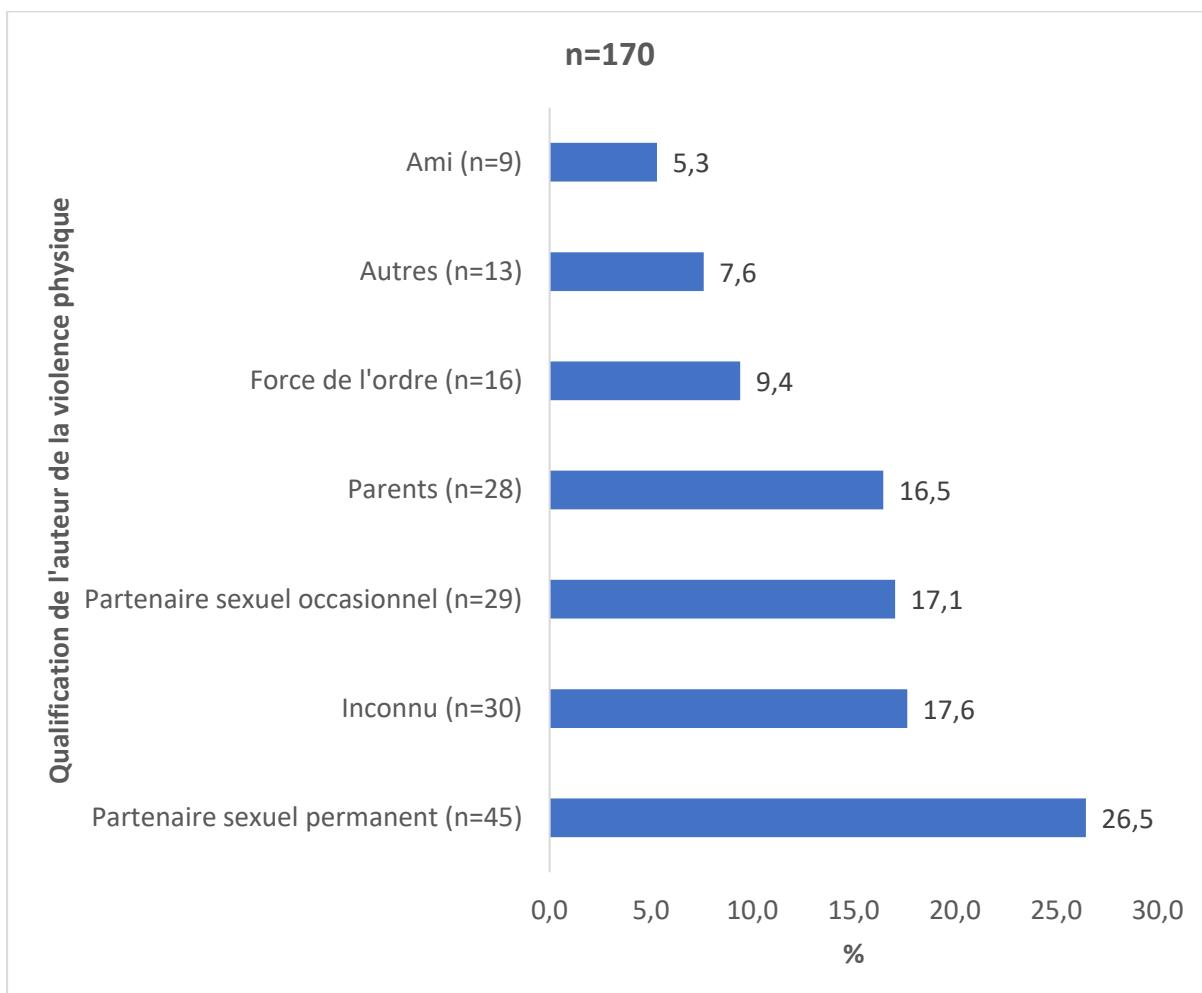


Figure 4 : Distribution des auteurs de violences physiques

La figure 4 ci-dessus montre que le partenaire sexuel permanent était le plus incriminé dans les violences physiques, soit dans 26,5% des cas.

4.3.4.3. Sources des violences physiques

Dans la population des personnes ayant subi une violence physique, 79,4% (n=135) avaient été violentées à mains nues. L'utilisation d'un objet contondant avait été identifiée dans 94,3% des cas (tableau XIV).

Tableau XIV : Répartition de la population en fonction de la source de la violence physique et de la nature de l'objet incriminé

Modalités	Effectifs (n=170)	Fréquences (%)
Source de la violence physique (n=170)		
Main nue	135	79,4
Main nue + objet	35	20,6
Nature de l'objet incriminé (n=35)		
Bouteille / Pilon / latte / Chaussure /	33	94,3
Caillou / Fouet		
Couteau / Machette	3	8,6
Eau chaude	2	5,7

4.3.4.4. Motifs des violences physiques

Dans la majorité des cas, le motif de violence physique était non évoqué ou alors déclaré non connu de la victime (47,6%). Lorsque le motif était connu, il s’agissait principalement de l’expression du genre ou de l’orientation sexuelle, soit dans 25,3% des cas (tableau XV).

Tableau XV : Répartition de la population en fonction des motifs de violences physiques

Motifs de violences physiques	Effectifs (n=170)	Fréquences (%)
Inconnu / Non évoqué	81	47,6
Expression du genre/orientation sexuelle	41	25,3
Suspicion de tromperie/jalousie	16	9,4
Insatisfaction sexuelle	8	4,7
Refus de rapport sexuel	5	2,9
Profession	3	1,8
Colère	2	1,2
Complexe d’infériorité	2	1,2
Habillement extravagant	2	1,2
Héritage	1	0,6
Etat d’ebriété	1	0,6
Infertilité	1	0,6
Fréquentations inappropriées	1	0,6
Problèmes de couple	4	2,4

4.3.4.5. Circonstances lésionnelles des violences physiques

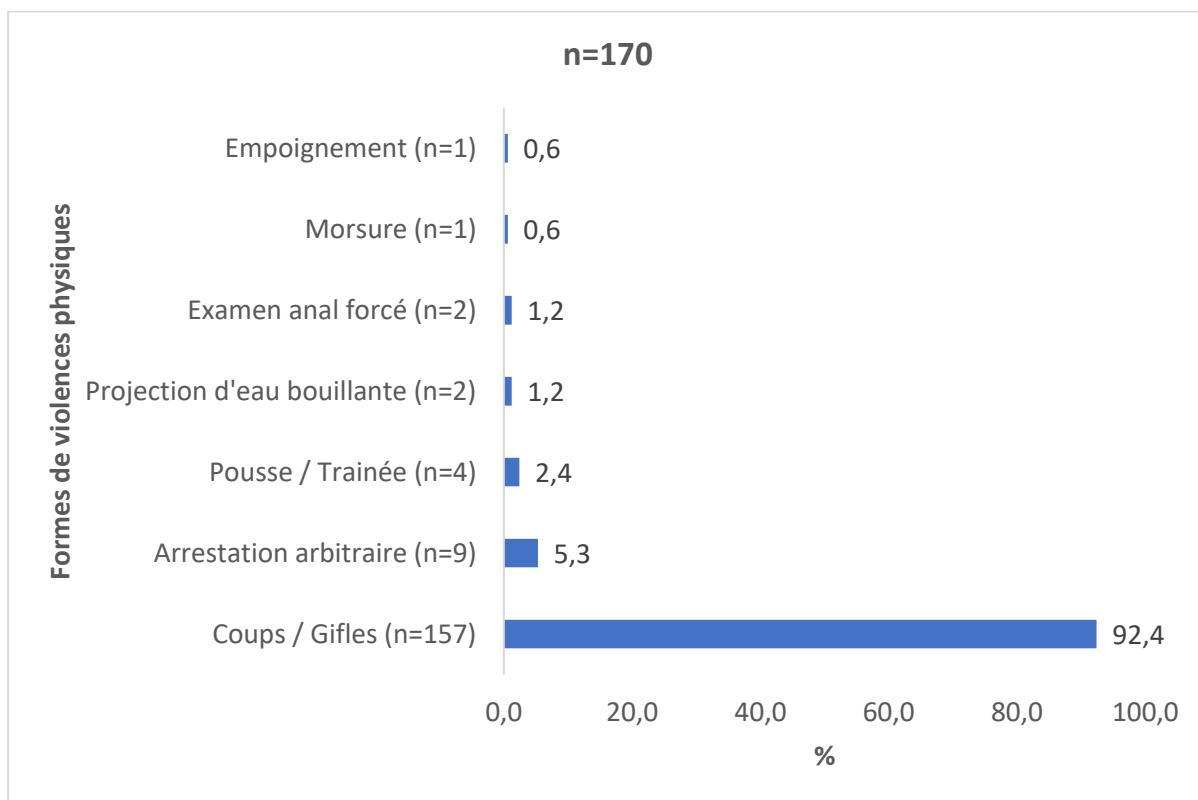


Figure 5 : Distribution de la population en fonction des circonstancielles lésionnelles de violences physiques

La figure 5 ci-dessus montre que les circonstances des lésions physiques retrouvées chez les victimes étaient largement dominés par les coups et gifles, soit dans 92,4%.

4.3.4.6. Diagnostic lésionnel physique

Nous avons objectivé plusieurs lésions physiques parmi les victimes de violences physiques. Ces lésions étaient essentiellement des ecchymoses (86,5%) et des érythèmes (60,6%). Par ailleurs, nous retrouvions aussi des œdèmes, des plaies, des brûlures, et des fractures. La tête (66,9%) et les membres supérieurs (53,5%) étaient les zones anatomiques les plus exposées. (Tableau XVI).

Tableau XVI : Répartition de la population en fonction des lésions physiques et leurs localisations

Variables	Effectifs (n=170)	Fréquences (%)
Diagnostic lésionnel physique		
Ecchymose	147	86,5
Erythème	103	60,6
Œdème	51	30
Plaie	39	22,9
Fracture	11	6,5
Lacération	9	5,3
Contusion	3	1,8
Brûlure	2	1,2
Autres	5	2,9
Topographie des lésions		
Tête	95	66,9
Membres supérieurs	91	53,5
Membres inférieurs	62	36,5
Dos	51	30
Cou	40	23,5
Abdomen	20	11,8
Thorax	8	4,7
Organes génitaux externes	4	2,4

4.3.4.7. Diagnostic lésionnel psychologique

La fréquence des troubles psychologiques chez les victimes de ce type de VBG était de 47,1%. Ces atteintes mentales étaient dominées par les troubles dépressifs (28,2%), comme le montre le tableau XVII ci-dessous.

Tableau XVII : Répartition de la population en fonction atteintes mentales au cours des violences physiques

Modalités	Effectifs (n=170)	Fréquences (%)
Troubles psychologiques		
Oui	80	47,1
Aucune	90	52,9
Diagnostic lésionnel psychologique		
Dépression mentale	48	28,2
Trouble anxieux	24	14,1
Etat de stress post traumatique	8	4,7

4.3.5. Caractéristiques des violences sexuelles

4.3.5.1. Violences sexuelles et caractéristiques sociodémographiques

Les participants âgés de moins de 20 ans, ceux de sexe féminin et les hétérosexuels avaient respectivement 3, 5 et 4 fois plus de risque d'être agressés sexuellement ($P < 0,05$), comme le montre le tableau XVIII.

Tableau XVIII : Répartition des violences sexuelles en fonction des caractéristiques sociodémographiques

Variables	Violences	Absence de	OR	Valeur
	sexuelles	violences sexuelles		
	N=80 ; n(%)	N=222 ; n(%)	(IC à 95%)	p
Tranches d'âge (années)				
< 20	15 (50,0)	15 (50,0)	3,18 (1,47-6,86)	0,003
[20-30[42 (24,7)	128 (75,3)	0,81 (0,48-1,35)	0,252
[30-40[19 (24,1)	60 (75,9)	0,84 (0,46-1,52)	0,339
≥ 40	4 (17,4)	19 (82,6)	0,56 (0,18-1,70)	0,221
Sexe				
Masculin	16 (11,0)	129 (89,0)	1	
Féminin	64 (40,8)	93 (59,2)	5,54 (3,01-10,20)	< 0,001
Statut matrimonial				
Pas en couple	74 (31,4)	162 (68,6)	4,56 (1,88-11,04)	< 0,001
En couple	6 (9,1)	60 (90,9)	1	
Niveau d'étude				
Aucun/primaire	20 (43,5)	26 (56,5)	2,51 (1,31-4,81)	0,005
Secondaire	34 (20,5)	132 (79,5)	0,50 (0,30-0,84)	0,007
Supérieur	26 (28,9)	64 (71,1)	1,18 (0,68-2,06)	0,316
Occupation				
Travailleur du sexe	12 (63,2)	7 (36,8)	5,42 (2,05-14,31)	0,001
Autres	68 (24,0)	215 (76,0)	1	
Orientation sexuelle				
Hétérosexuel	58 (41,1)	83 (58,9)	4,41 (2,51-7,73)	< 0,001
Homosexuel/Bisexuel	22 (13,7)	139 (86,3)	1	

4.3.5.2. Auteurs des violences sexuelles

Dans la plupart (n=60) des cas de violences sexuelles, l'auteur était connu des agressés (tableau XIX). Il s'agissait principalement du partenaire sexuel permanent (20%) ou occasionnel (12,5%), des autres auteurs (21,3%), qui incluaient des membres de la famille autres que les parents, notamment les oncles, les beaux-frères, et ensuite les amis (15%).

Tableau XIX : Répartition de la population en fonction des auteurs des violences sexuelles

Auteurs des violences sexuelles	Effectifs (n=80)	Fréquences (%)
Inconnu	20	25
Partenaire sexuel permanent	16	20
Ami	12	15
Partenaire sexuel occasionnel	10	12,5
Parents	3	3,8
Religieux	2	2,5
Autres	17	21,3

4.3.5.3. Formes de violences sexuelles

Les formes de violences sexuelles rencontrées étaient principalement les rapports sexuels forcés (81,2%), et le harcèlement sexuel (17,5%) comme mentionné dans le tableau XX. Le rapport sexuel était individuel dans 98,5% des cas et la pénétration était vagino-génitale à 87,7%.

Tableau XX : Caractéristiques des violences sexuelles

Modalités	Effectifs	Fréquences (%)
Formes des violences sexuelles (n=80)		
Rapport sexuel forcé	65	81,2
Harcèlement sexuel	14	17,5
Examen anal forcé	1	1,3
Type de penetration (n=65)		
Pénétration vagino-génitale	57	87,7
Pénétration ano-génitale	8	12,3
Caractéristiques du rapport (n=65)		
Rapport sexuel individuel	64	98,5
Rapport sexuel collectif	1	1,5

4.3.5.4. Motifs des violences sexuelles

De même, le motif de violence sexuelle était inconnu ou non évoqué dans la majorité des cas, soit dans 66,3% comme décrit dans le tableau XXI ci-dessous.

Tableau XXI : Répartition de la population en fonction des motifs de violences sexuelles

Motifs de violence sexuelle	Effectifs (n=80)	Fréquences (%)
Inconnue / Non évoquée	53	66,3
Refus de rapport sexuel	7	8,8
Attirance sexuelle /Plaisir sexuel	5	6,3
Pédophilie	4	5,0
Etat d'ébriété	2	2,5
Rites de veuvage	2	2,5
Profession	1	1,3
Vérification de la sexualité pratiquée	1	1,3
Autres	5	6,3

4.3.5.5. Diagnostic lésionnel physique

Parmi les victimes de violences sexuelles, 68,8% ne présentaient aucune lésion. Parmi celles rencontrées, il s'agissait principalement des érythèmes (27,5%) et œdèmes (23,8%) de la marge vaginale/anale (tableau XXII).

Tableau XXII : Répartition de la population en fonction des lésions sexuelles rencontrées

Lésions sexuelles rencontrées	Effectifs (n=80)	Fréquences (%)
Aucune	55	68,8
Erythème marge vaginale/anale	22	27,5
Œdème marge vaginale/anale	19	23,8
Déchirure hymen récente	5	6,3
Fissure anale	2	2,5
Déchirure vaginale	1	1,3

4.3.5.6. Diagnostic lésionnel psychologique

La fréquence des troubles psychologiques chez les victimes de violences sexuelles était de 61,2%. Parmi ces troubles, la dépression mentale dominait avec une fréquence de 47,5% comme le montre le tableau XXIII ci-dessous.

Tableau XXIII : Répartition de la population en fonction des atteintes mentales au cours des violences sexuelles

Modalités	Effectifs (n=80)	Fréquences (%)
Troubles psychologiques		
Oui	49	61,2
Aucune	31	38,8
Diagnostic lésionnel psychologique		
Dépression mentale	38	47,5
Trouble anxieux	8	10
Etat de stress post traumatique	3	3,8

4.4. FACTEURS ASSOCIES AUX TROUBLES MENTAUX

4.4.1. Analyse uni variée

L’analyse uni variée retrouvait comme facteurs de risque de troubles mentaux un âge supérieur à 40 ans, le sexe féminin, le niveau d’étude supérieur, n’avoir aucun emploi, l’hétérosexualité, les violences basées sur le genre de type sexuel et psychologique ($p < 0,05$). Par ailleurs, les facteurs protecteurs étaient le niveau d’étude secondaire (OR : 0,62 ; $p=0,027$) et être élève/étudiant (OR : 0,61 ; $p=0,028$) comme décrit dans le tableau XXIV ci-dessous.

Tableau XXIV : Analyse uni variée des facteurs associés aux troubles mentaux

Variables	Troubles mentaux	Absence de troubles mentaux	OR	Valeur P
	N=136 ; n(%)	N=166 ; n(%)	(IC à 95%)	
Tranches d’âge (années)				
< 20	9 (30,0)	21 (70,0)	0,48 (0,21-1,10)	0,059
[20-30[70 (41,2)	100 (58,8)	0,70 (0,44-1,10)	0,079
[30-40[41 (51,9)	38 (48,1)	1,45 (0,86-2,43)	0,098
≥ 40	16 (69,6)	7 (30,4)	3,02 (1,20-7,59)	0,012
Sexe				
Masculin	50 (34,5)	95 (65,5)	1	
Féminin	86 (54,8)	71 (45,2)	2,30 (1,44-3,66)	< 0,001
Statut matrimonial				
Pas en couple	100 (42,4)	136 (57,6)	1	
En couple	36 (54,5)	30 (45,5)	1,63 (0,94-2,82)	0,053
Niveau d’étude				
Aucun/primaire	21 (45,7)	25 (54,3)	1,03 (0,54-1,93)	0,526
Secondaire	66 (39,8)	100 (60,2)	0,62 (0,39-0,98)	0,027
Supérieur	49 (54,4)	41 (45,6)	1,71 (1,04-2,82)	0,022
Occupation				
Elève/Etudiant	42 (37,5)	70 (62,5)	0,61 (0,38-0,98)	0,028
Sans emploi	19 (67,9)	9 (32,1)	2,83 (1,23-6,48)	0,009
Travailleur	65 (45,5)	78 (54,5)	1,03 (0,65-1,62)	0,490
Travailleur du sexe	10 (52,6)	9 (47,4)	1,38 (0,54-3,51)	0,325
Orientation sexuelle				
Hétérosexuel	76 (53,9)	65 (46,1)	1,96 (1,24-3,11)	0,003
Homosexuel/Bisexuel	60 (37,3)	101 (62,7)	1	
Types de VBG*				
Violence physique	80 (47,1)	90 (52,9)	1,20 (0,76-1,90)	0,246
Violence sexuelle	49 (61,3)	31 (38,8)	2,45 (1,45-4,14)	0,001
Violence psychologique	105 (52,2)	96 (47,8)	2,47 (1,49-4,09)	< 0,001

4.4.2. Analyse multi variée par régression logistique binaire : facteurs indépendants des troubles mentaux

Les variables dont la valeur p était strictement inférieure à 5% avec un OR défini, étaient secondairement analysées par la méthode de régression logistique binaire. Il en ressort comme le montre le tableau XXV ci-dessous, que les facteurs indépendants à risque de troubles mentaux étaient un âge supérieur ou égal à 40 ans (ORa : 2,98 ; p ajustée = 0,041), un niveau d'instruction supérieur (ORa : 2,60 ; p ajustée = 0,023), être sans emploi (ORa : 3,75 ; p ajustée = 0,008), avoir été victime d'une VBG de type sexuel (ORa : 2,65 ; p ajustée = 0,002) ou de type psychologique (ORa : 3,47 ; p ajustée < 0,001).

Tableau XXV : Facteurs indépendants associés aux troubles mentaux

Variables	Troubles	Absence de	OR ajusté	P
	mentaux	troubles mentaux		
	N=136; n (%)	N=166; n (%)	(IC à 95%)	ajustée
Tranches d'âge (années)				
≥ 40	16 (69,6)	7 (30,4)	2,98 (1,04-8,49)	0,041
Sexe				
Féminin	86 (54,8)	71 (45,2)	1,87 (0,99-3,54)	0,052
Niveau d'étude				
Secondaire	66 (39,8)	100 (60,2)	1,92 (0,86-4,30)	0,110
Supérieur	49 (54,4)	41 (45,6)	2,60 (1,13-5,94)	0,023
Occupation				
Elève/Etudiant	42 (37,5)	70 (62,5)	1,25 (0,70-2,23)	0,443
Sans emploi	19 (67,9)	9 (32,1)	3,75 (1,40-10,01)	0,008
Orientation sexuelle				
Hétérosexuel	76 (53,9)	65 (46,1)	1,44 (0,76-2,72)	0,254
Types de VBG				
Violence sexuelle	49 (61,3)	31 (38,8)	2,65 (1,42-4,94)	0,002
Violence psychologique	105 (52,2)	96 (47,8)	3,47 (1,92-6,27)	< 0,001

4.5. ASPECTS MEDICO-JUDICIAIRES DES VBG

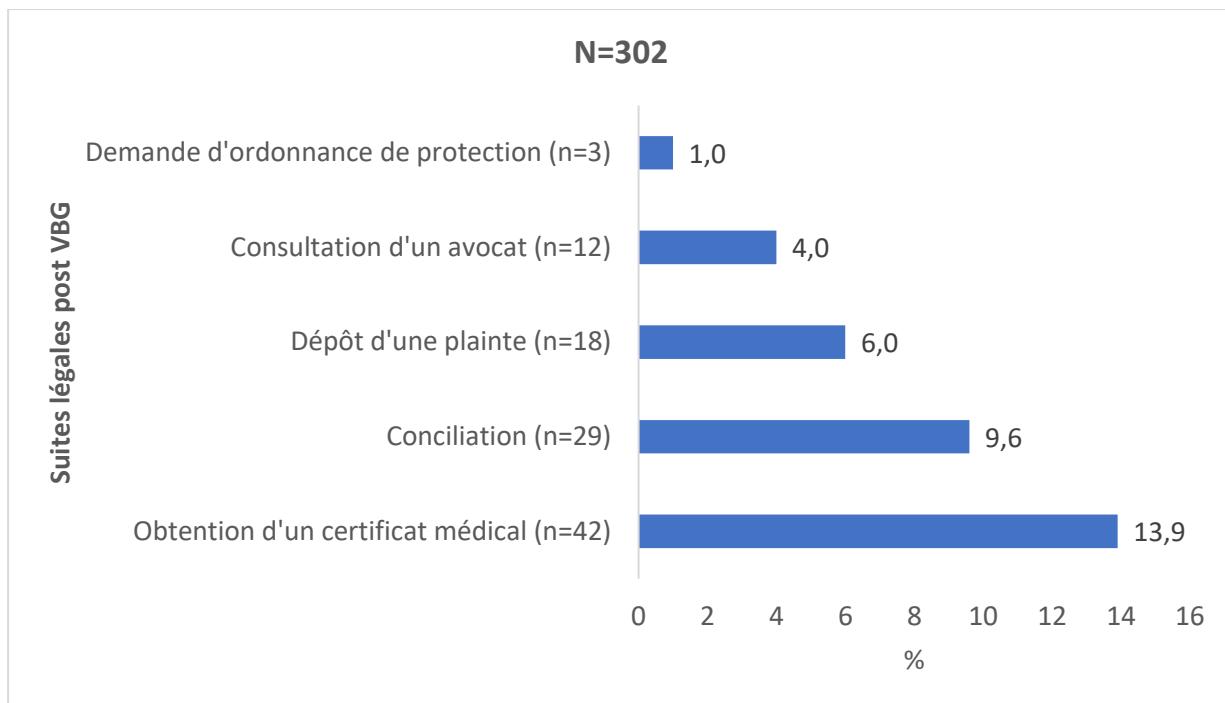


Figure 6 : Distribution de la population en fonction des aspects médico-légaux des VBG

Les aspects médico-judiciaires observés chez 64 (21,2%) victimes étaient dominés par l'établissement d'un certificat médico-légal (13,9%), et l'arrangement à l'amiable (9,6%). Sur 302 victimes, seules 18 (6%) ont déposé une plainte contre leur agresseur (figure 6).

4.5.1. Association entre certificat médico-légal et types de VBG

La fréquence d'obtention des certificats médicolégaux était significativement plus importante chez les victimes de violence physiques par rapport aux violences psychologiques et sexuelles ($p = 0,001$). (Tableau XXVI)

Tableau XXVI : Fréquence d'obtention des CML en fonction du type de VBG

Types de lésions	Obtention d'un CML		OR (IC à 95%)	Valeur p
	Oui n=42	Non n=260		
Violence physique				
Oui	33 (19,4)	137 (80,6)	3,29 (1,51-7,15)	0,001
Non	9 (6,8)	123 (93,2)	1	
Violence psychologique				
Oui	19 (9,5)	182 (90,5)	0,35 (0,18-0,68)	0,002
Non	23 (22,8)	78 (77,2)	1	
Violence sexuelle				
Oui	12 (15,0)	68 (85,0)	1,69 (0,77-3,66)	0,184
Non	30 (13,5)	192 (86,5)	1	

4.5.2. Dépôt de plainte et types de VBG

Par contre le dépôt d'une plainte était significativement associé aux violences sexuelles, soit 3,8 fois plus de risque que dans les autres types de VBG (tableau XXVII).

Tableau XXVII : Fréquence de dépôt de plainte en fonction du type de VBG

Types de lésions	Dépôt d'une plainte		OR (IC à 95%)	Valeur p
	Oui N=18	Non N=284		
Violence physique				
Oui	10 (5,9)	160 (94,1)	2,45 (0,82-7,31)	0,108
Non	8 (6,1)	124 (93,9)	1	
Violence psychologique				
Oui	5 (2,5)	196 (97,5)	0,17 (0,060-0,499)	0,001
Non	13 (12,9)	88 (87,1)	1	
Violence sexuelle				
Oui	10 (12,5)	70 (87,5)	3,82 (1,45-10,06)	0,007
Non	8 (3,6)	214 (96,4)	1	

4.5.3. Raisons de non dépôt de plainte

Quant à l'absence de dépôt d'une plainte retrouvée chez 284 participants, la peur était la principale raison de non recours à cette voie légale, soit dans 52,1% des cas (tableau XXVIII).

Tableau XXVIII : Répartition de la population en fonction des raisons de non dépôt d'une plainte

Raisons de non dépôt d'une plainte	Effectifs (n=284)	Fréquences (%)
Peur	148	52,1
Ignorance de son existence et fonctionnalité	92	33,1
Filiation	22	7,7
Absence de finances	4	1,4
Autres	16	5,6

4.5.4. Raisons de non demande d'un certificat médico-légal

Le certificat médico-légal absent chez 260 participants, était principalement dû au fait que ces derniers ignoraient son existence, soit dans 69,2% des cas (tableau XXIX).

Tableau XXIX: Répartition de la population en fonction des raisons de non demande d'un certificat médical

Raisons de non demande d'un certificat médical	Effectifs (n=260)	Fréquences (%)
Ignorance de son existence et fonctionnalité	180	69,2
Peur	60	23,1
Pas d'utilité	10	3,8
Honte	7	2,7
Absence de finances	1	0,4
Filiation	2	0,8

CHAPITRE 5 : DISCUSSION

Nous avons mené une étude transversale et analytique ayant pour objectif d'étudier le profil lésionnel et les aspects médico-judiciaires des violences basées sur le genre (VBG) dans les hôpitaux de Yaoundé. Pour cela, nous avons inclus 302 victimes de VBG. Parmi les limites de ce travail, il faut noter que :

- La communauté des minorités sexuelles plus représentée dans le laboratoire de médecine légale constituerait un biais de sélection.
- La non divulgation des raisons ayant motivé les violences n'a pas permis de mieux décrire les circonstances de l'agression.

5.1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE

5.1.1. Sexe et âge

Les femmes dominaient avec un pourcentage de 52%, soit un sex-ratio de 0,92. Nos résultats rejoignent ceux des auteurs camerounais ayant retrouvé une prédominance féminine, mais à des fréquences plus élevées que la nôtre. Ainsi, Mboua Batoum VS et al (2019-2020) [41], Essiben et al en 2018 [36], Fouedjio et al (2019-2020) [6], et Chiabi et al (2017-2019) [37], retrouvaient des prévalences féminines respectives de 99,2%, 86,8%, 99,2%, et 92,1%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces différentes études ne prenaient en compte que les violences sexuelles. De plus, un nombre important de participants de notre étude a été recruté au laboratoire de médecine légale au cours des séances de causeries éducatives avec les minorités sexuelles qui étaient fortement représentées par les hommes conformément à la littérature [42,43].

Les victimes âgées entre 20 et 30 ans étaient les plus représentées dans notre échantillon (56,3%) avec une médiane d'âge de 26 ans. Ces résultats vont de pair avec ceux de Chime et al en 2020 au Nigéria, qui retrouvaient une prédominance des personnes âgées entre 20 et 40 ans (51,4%), la moyenne d'âge étant de 22,2 ans [44]. Par contre, Diallo et al en 2017, dans leur étude sur les violences conjugales à l'hôpital de Donka en Guinée retrouvaient des résultats différents des nôtres, soit une prédominance des moins de 20 ans (36,6%) et une moyenne d'âge de 16,4 ans [45]. Cette différence pourrait s'expliquer par la grande ampleur du phénomène de mariage précoce en Guinée, dont l'une des conséquences est la violence conjugale. De ce fait, les victimes de violences retrouvées seraient alors très jeunes.

5.1.2. Statut matrimonial et niveau d'étude

Dans notre série, les participants étaient en majorité des célibataires (76,2%), conformément aux résultats de la Cinquième Enquête Démographique de Santé au Cameroun (EDSC-V) en 2018, qui retrouvait plus de personnes en rupture d'union ou célibataires parmi les victimes de violence [46]. De même, Diallo et al en 2012 au Sénégal retrouvaient un taux de 71,2% de célibataires [47].

La majorité des patients recrutés présentaient un niveau d'éducation secondaire, ce qui rejoint les données exposées dans la littérature [6,20,36,41,46,47].

5.1.3. Considération de soi et orientation sexuelle

La plupart des participants de notre étude déclaraient avoir une identité correspondant au sexe qui leur a été attribué à la naissance (cis identité) soit 85,8%, mais n'étaient pas hétérosexuels (53,3%). En effet, une grande partie de notre population d'étude provenait des séances de causerie éducative avec les minorités sexuelles

5.2. PROFIL LESIONNEL DES VBG

5.2.1. Types de VBG rencontrés

Le type de VBG le plus rencontré dans la population d'étude était la violence psychologique, soit une prévalence de 66,6% (n=201). Ce résultat concorde avec celui de l'Enquête Nationale sur les VBG au Gabon en 2016 [48], dans laquelle la violence psychologique était représentée à un taux de 69,1%. De même, Tavolaci et al en France (2022) retrouvaient dans leurs travaux une prévalence de la violence psychologique de 65,9% [49]. Muluneh et al constataient plus de violences psychologiques parmi les femmes en Afrique Sub-Saharienne [34]. Ceci serait dû au fait que ce type de violence est moins condamné que les autres par la société, ce qui favorisera son expansion.

5.2.2. Profil lésionnel des violences physiques, sexuelles et psychologiques

❖ *Violences physiques*

Les lésions physiques rencontrées chez les victimes de ce type de violence étaient dominées par les ecchymoses (86,5%) et les érythèmes (60,6%). Ces résultats sont similaires à ceux de Diallo et al en 2017 en Guinée, qui retrouvaient également des lésions contuses pour la plupart à une fréquence de 26,8% [45]. Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait que dans notre série, les coups à mains nues et les gifles (92,4%) constituaient le principal mécanisme lésionnel.

La tête (66,9%) et les membres supérieurs (53,5%) étaient les zones anatomiques les plus touchées. De même, Diallo C et al [45] retrouvaient plus de lésions au niveau de la

tête (39,18%). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que cette dernière est une cible facile en raison de sa position élevée par rapport au reste du corps, et les membres supérieurs sont très souvent utilisés pour se protéger d'une attaque, ce qui les expose davantage aux coups.

Dans notre étude, 36,1% (n=109) des participants avaient déclaré avoir des antécédents de violence physique et dans la plupart des cas, l'auteur était le partenaire sexuel permanent (26,5%), conformément à la littérature [45,48,50]. Le motif de violence était inconnu ou non évoqué dans la majorité des cas (47,6%).

Nous avons retrouvé que les participants âgés entre 30 et 40 ans avaient 2,3 fois plus de risque de subir une violence physique ($p=0,002$). Les femmes également avaient 1,5 fois plus de risque que les hommes ($p=0,030$) d'être victimes de violences physiques. Chez les travailleurs de sexe, ce risque était multiplié par 4,46 ($p=0,009$). En effet, les violences physiques sont le plus souvent perpétrées par les partenaires, ce qui expliquerait que les adultes aient plus de risque d'en être victimes. Les normes sociétales patriarcales, les inégalités de pouvoir entre hommes et femmes, et les stéréotypes de genre perpétuent les attitudes négatives envers les femmes. Tout ceci peut contribuer à l'acceptation et à l'expansion de la violence basée sur le genre féminin. Les travailleurs de sexe quant à eux sont très souvent stigmatisés et marginalisés, en raison de leur statut social précaire et de la criminalisation de leur activité, ce qui peut accroître leur vulnérabilité aux violences.

❖ *Violences sexuelles*

Le rapport sexuel forcé constituait la principale forme de violences sexuelles retrouvée (81,2%). En ce qui concerne le caractère de ces agressions, elles étaient en quasi-totalité menées par un seul agresseur (98,5%), et les victimes mentionnaient une pénétration vagino-génitale à 87,7% des cas, ce qui s'explique par le fait que les femmes étaient les principales victimes de ce type de violences. Il en est de même dans les travaux de Bagayoko TB et al au Mali en 2021, Ballo et al à Bamako en 2014, Meka ENU et al en 2019 à Yaoundé, Mboua Batoum VS et al en 2020 à Yaoundé et Thera JP et al à Bamako en 2010 [7,41,51-53].

La plupart des victimes ne présentaient aucune lésion (68,8%). Bagayoko et al ainsi que Thera et al retrouvaient également cette absence de lésions majoritaire parmi les victimes de leurs séries, soit 55,14% et 51,4% respectivement [51,53]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans la majorité des cas, les victimes ne se défendent pas. Pour les victimes qui présentaient des lésions, il s'agissait essentiellement des œdèmes et érythèmes péri vulvaires et péri anaux. Ces lésions inflammatoires témoigneraient de la violence des rapports, favorisée par une

lubrification insuffisante due au caractère non consenti de l'acte sexuel. Des déflorations hyménales récentes étaient présentes dans 6,3%. Ce qui est en deçà des résultats de Bagayoko et al (12,15%) [51], de Théra et al (16,2%) [53].

L'auteur de la violence était non évoqué ou alors déclaré inconnu à 66,3% des cas. Contrairement à Chiabi et al au Cameroun en 2019 [36], et David N et al en 2018 au Nigeria qui retrouvaient des auteurs connus des victimes à 73,7% et 75,3% des cas [54]. La peur des représailles dans notre étude pourrait expliquer cette non dénonciation.

Les moins de 20 ans, de sexe féminin avaient respectivement 3 et 5 fois plus de risque d'être agressés sexuellement ($p=0,003$ et $p < 0,001$). En effet, les adolescents et les femmes constituaient des cibles faciles en raison de leur désavantage physique.

❖ *Violences psychologiques*

Parmi les 201 victimes de violences psychologiques, 105 (52,2%) étaient de sexe masculin. Ces données sont similaires à celles de l'Enquête Nationale sur les Violences Basées sur le Genre au Gabon [48] qui retrouvait également que les hommes étaient plus atteints de violences psychologiques à 51%.

Les injures (66,2%) et les menaces (33,3%) étaient les principales formes de violences psychologiques retrouvées dans notre série, et les hommes en étaient les principales victimes (52,2%). De même, les injures étaient la forme prédominante en République Centrafricaine (62,4%) [55]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que, en plus d'être une réaction spontanée en situation de conflit, cette forme de violence psychologique est banalisée et même parfois tolérée.

Les parents des victimes et les partenaires sexuels permanents étaient les auteurs à 23,9% et 21,4% des cas. Il en était de même dans l'Enquête Nationale sur les Violences Basées sur le Genre au Gabon [48]. Les proches seraient alors les plus grands auteurs de violences psychologiques

Nous avons retrouvé que le fait d'être un homme (OR: 1,66 [IC à 95%] ; $p=0,025$), homosexuel ou bisexuel, avait une influence sur la victimisation psychologique (OR : 1,69 [IC à 95%] ; $p=0,021$). Chime et al retrouvaient également que les hommes avaient 11 fois plus de risque d'être victimes de violences psychologiques (AOR : 11,136 [IC à 95%] ; $p<0,001$) [44]. De même, dans le rapport annuel 2020 des violences faites aux Minorités Sexuelles et de Genre (MSG) au Cameroun, la violence psychologique était la plus représentée [56]. En effet, les hommes auraient plus tendance à subir ce type de

violence à cause de leur avantage physique et même culturel ; et la non hétérosexualité, en plus de ne pas entrer dans la culture africaine, constitue un délit au Cameroun [58,64]. De ce fait, les hommes qui la pratiquent seraient plus à risque d'être agressés psychologiquement.

❖ *Diagnostic lésionnel mental*

Nous avons diagnostiqué des atteintes mentales chez les victimes (45,03%). La dépression mentale était le trouble psychiatrique le plus rencontré chez les victimes de violences, qu'elles soient physiques, sexuelles ou psychologiques, devant les troubles anxieux et l'état de stress post traumatisant. De même, Mouttarazuk et al en 2019 au Maroc retrouvaient une prévalence élevée de troubles dépressifs chez les victimes de violences [20]. Ces données rejoignent également celles de Voyer M et al en France, qui retrouvaient la dépression comme premier trouble psychologique chez les victimes de violences physiques ou sexuelles [21]. La prédominance de ce trouble pourrait s'expliquer par le fait que dans le monde, il est le trouble psychologique le plus représenté [11].

5.3. FACTEURS ASSOCIES AUX TROUBLES MENTAUX

Au terme de l'analyse multi variée par régression logistique binaire, les facteurs associés aux troubles mentaux étaient : la violence psychologique (OR_a : 3,47 ; p ajustée < 0,001), la violence sexuelle (OR_a : 2,65 ; p ajustée = 0,002), l'âge supérieur ou égal à 40 ans, (OR_a : 2,98 ; p ajustée = 0,041), et le chômage (OR_a : 3,75 ; p ajustée = 0,008).

Ces résultats vont de pair avec ceux de Voyer et al, Pico et al, et Coker et al, qui retrouvaient que les violences sexuelles et psychologiques contribuaient indépendamment à la survenue d'un trouble mental, plus que les violences physiques [21,59,60]. En effet, la violence sexuelle est très stigmatisante en raison du tabou de la sexualité dans notre contexte et de l'opinion sociétale qui a tendance à attribuer la faute aux victimes. Ceci empêcherait ces dernières de se confier, de dénoncer, et donc de recevoir une prise en charge clinique et psychologique adéquat. Le traumatisme étant donc intérieurisé, refoulé, il accroîtrait le risque d'une décompensation psychologique. La violence psychologique quant à elle constituerait un facteur de risque d'atteintes mentales car elle s'attaque directement à l'émotion, la pensée, l'affect ou l'estime de la personne victime.

Les adultes de 40 ans et plus seraient plus enclins à développer des troubles mentaux en raison des responsabilités et autres facteurs exogènes imposés par la vie d'adulte (environnement physique et social, effets cumulatifs des expériences de vie, vieillissement, exposition à l'adversité, perte des capacités intrinsèques, déclin des capacités fonctionnelles etc.),

augmentant ainsi le stress qui est une cause connue de détresse psychologique. Le chômage a également été retrouvé comme facteur associé aux troubles mentaux dans plusieurs séries [61-63].

5.4. ASPECTS MEDICO-JUDICIAIRES DES VBG

Parmi les 302 participants de notre étude, seuls 42 (13,9%) ont établi un certificat médico-légal. Ce résultat est similaire à celui retrouvé par Essiben et al (10,5%) [36]. Ce faible taux pourrait être dû au fait que dans la majorité des cas, les victimes ignoraient l'existence de ce document, les conditions de sa délivrance et également son utilité (69,3%).

Nous n'avons enregistré que 6% (18/302) de cas de poursuites judiciaires. Ces chiffres se rapprochent de ceux mentionnés par l'Institut National de la Statistique au Cameroun en 2020 (7%) et des résultats retrouvés par Essiben et al dans son étude (7,9%) [1,36]. Ce faible taux de poursuites judiciaires dans notre étude était imputable à la peur ou la honte à 52,1%. Théra et al retrouvaient également la honte dans 50% des cas [53]. De plus, la loi camerounaise n'est pas en faveur des minorités sexuelles, qui étaient majoritaires dans notre étude.

Nous avons retrouvé que les victimes de violences physiques avaient 3,2 fois plus de risque [IC à 95% ; $p=0,001$] de demander un certificat médico-légal par rapport aux victimes de violences psychologiques et sexuelles. En effet, il serait plus aisé de reporter des preuves de violences physiques que celles de violences psychologiques ou sexuelles.

Vingt-neuf (9,6%) victimes avaient opté pour un arrangement à l'amiable chez nous, mais au Mali, dans la série de Bagayoko et al, ce taux était de 65,42% [51]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des victimes de notre série ignoraient l'existence et l'utilité d'une telle démarche.

CONCLUSION

Notre travail de recherche se proposait d'étudier le profil lésionnel des VBG dans les hôpitaux de Yaoundé et de rapporter les aspects médico-judiciaires. A l'issue de cette étude, il ressort que :

- Les victimes de violences basées sur le genre étaient majoritairement des adultes de sexe féminin, célibataires avec un niveau d'instruction secondaire et exerçant dans le secteur informel.
- Les principales lésions physiques rencontrées étaient les ecchymoses de l'extrémité céphalique, tandis que le trouble dépressif était prépondérant sur le plan psychique.
- Les facteurs indépendants à risque de troubles mentaux étaient : l'âge adulte, le chômage, la victimisation sexuelle et la victimisation psychologique.
- L'action la plus entreprise sur le plan médico-judiciaire était l'établissement d'un certificat médico-légal.

RECOMMANDATIONS

Au Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille en partenariat avec le Ministère de la Santé Publique

- Initier des formations médicales continues pour les professionnels de santé afin de mieux les outiller sur l'identification et la prise en charge des victimes de violences.
- Renforcer la sensibilisation des populations sur l'existence des cellules de suivi des victimes de violences, et vulgariser ces espaces sûrs.

Aux personnels de santé

- Penser à une violence basée sur le genre devant toute femme adulte se présentant avec des ecchymoses de l'extrémité céphalique.
- Recommander systématiquement un suivi psychologique devant tout type de violences basées sur le genre.
- Informer les victimes de la possibilité de demander un certificat médico-légal.

Aux Facultés de Médecine du Cameroun

- Intégrer dans les curricula de formation des étudiants en médecine, un module de prise en charge des violences basées sur le genre.

Aux populations

- Se rapprocher des formations sanitaires en cas de violences physiques, sexuelles ou psychologiques.

REFERENCES

- [1] Institut National de la Statistique. Violences basées sur le genre au Cameroun : ampleur et défis. Yaoundé : UNFPA ; 2020. 17 p.
- [2] The Council of Europe. What is gender based violence? France: The Council of Europe; 2019.
- [3] UN Women. Ending violence against women. New York: UN Women 2023.
- [4] World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-intimate partner violence. Geneva: WHO; 2024.
- [5] Calvé C, Gal-Regneiz A, Sokhna B, Menard H. Violences basées sur le genre : guide pour comprendre et agir. Equipop. France; 2022. 56 p.
- [6] Fouedjio J, Mboua V, Ekese J, Ebong C, Mbu R, Mekdes D. Clinical management of rape in Yaoundé-Cameroun: a descriptive study. EJRH. 2021;13(4):11-9.
- [7] Meka E, Tendi L, Essiben F, Batoum V, Ofakem I. Aspects Épidémiologiques, Cliniques et Thérapeutiques des Agressions Sexuelles chez les Enfants et Adolescentes à l'Hôpital Central de Yaoundé. Health Sci Dis. 2020; 21(2).
- [8] Division Santé de la reproduction. Prise en charge des victimes de violences sexuelles et basées sur le genre. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Mali; 2013. 210 p.
- [9] Beydoun H, Beydoun M, Kaufman J, Lo B, Zonderman A. Intimate partner violence against women and its association with major depressive disorders, depressive symptoms and post-partum depression: a systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med. 2012; 75(6): 959-75.
- [10] World Health Organization. Mental disorders. Geneva: WHO; 2019.
- [11] World Health Organization. Depression. Geneva: WHO; 2019
- [12] Le Manuel MSD. Trouble de stress post-traumatique. New York : Le Manuel MSD ; 2020.
- [13] Haute Autorité de Santé. Comment établir un certificat médical initial (CMI). France : HAS ; 2019.
- [14] Comte J. Stigmatisation du travail du sexe et identité des travailleurs et travailleuses du sexe. Déviance Société. 2010; 34(3) : 425-46.

[15] Fonds des Nations Unies pour la Population. Prise en charge de la violence basée sur le genre dans les situations d'urgence : guide d'accompagnement de ma formation en ligne. New York: UNFPA; 2017. 150 p.

[16] Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille. Stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre au Cameroun 2022-2026. 3^e édition. Yaoundé : MINPROFF; 2021.

[17] Fonds des Nations Unies pour la Population. Système de gestion des informations sur la violence basée sur le genre : Guide de l'utilisateur. New York : UNFPA; 2014. 305 p.

[18] Ministère de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant. Stratégie nationale de prévention et de réponse aux violences basées sur le genre (VBG) au Niger (2017-2021). Niger : Ministère de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant ; 2017. 36 p.

[19] Meyer SR, Lasater ME, Garcia-Moreno C. Violence against older women: a protocol for a systematic review of qualitative literature. BMJ Open. 2019; 9: e028809.

[20] Mouttarazouk G, Abouzahir H, Belhouss A, Benyaich H. Etude de profil sociodémographique et de prévalence des troubles psychiatriques chez les femmes victimes de violences par partenaires intimes consultant au CHU de Casablanca. Rev Med Leg. 2022 ; 13(3) : 98-109.

[21] Voyer M, Delbreil A, Senon JL. Violences conjugales et troubles psychiatriques. L'information psychiatrique. 2014; 90(8): 663-71.

[22] World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings. Geneva: WHO; 2020. 70 p.

[23] Ganhi E. Problématique de la prise en charge des survivantes de violence basées sur le genre en Côte d'Ivoire : Cas du District des Montagnes. Ouagadougou : 2IE Institut International d'Ingénierie de l'Eau et De l'Environnement; 2018. 103 p.

[24] World Health Organization. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Geneva: WHO; 2003.

[25] Ministère des Affaires Sociales. Manuel de procédures opérationnelles standards pour la prévention, le signalement et la prise en charge des enfants victimes de violences de genre, y inclus en milieu scolaire. Yaoundé : MINAS; 2014.

[26] Assemblée Nationale du Cameroun. Loi N°2016/007 du 12 juillet 2016 portant Code pénal. Article 296. 2016.

[27] Assemblée Nationale du Cameroun. Loi N°2016/007 du 12 juillet 2016 portant Code pénal. Article 298. 2016.

[28] Assemblée Nationale du Cameroun. Loi N°2016/007 du 12 juillet 2016 portant Code pénal. Article 294-1. 2016.

[29] Assemblée Nationale du Cameroun. Loi N°2016/007 du 12 juillet 2016 portant Code pénal. Article 302.-1. 2016.

[30] Assemblée Nationale du Cameroun. Loi N°2016/007 du 12 juillet 2016 portant Code pénal. Article 346. 2016.

[31] Assemblée Nationale du Cameroun. Loi N°2016/007 du 12 juillet 2016 portant Code pénal. Article 301. 2016.

[32] Assemblée Nationale du Cameroun. Loi N°2016/007 du 12 juillet 2016 portant Code pénal. Article 302-1. 2016.

[33] Warmling D, Lindner S, Coelho E. Intimate partner violence prevalence in the elderly and associated factors: systematic review. Ciênc Saúde Coletiva. 2017; 22 : 3111-25.

[34] Muluneh M, Stulz V, Francis L et al. Gender Based Violence against Women in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cross-Sectional Studies. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17: 903.

[35] Beyene A, Chojenta C, Roba H, Melka A, Loxton D. Gender-based violence among female youths in educational institutions of Sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. Syst Rev. 2019; 8:59.

[36] Essiben F, Nseme G, Ngo M, Fom E, Mol H, Mbu R. Violences sexuelles chez les Etudiants en Médecine au Cameroun : Aspects Épidémiologiques, Thérapeutiques et Médico-Légaux. Health Sci.Dis. 2022 ; 23(2) : 41-5.

- [37] Chiabi A, Dohbit Sama J, Meten E, Tchouamou A, Kwedi Nolna S, Nguefack Dongmo F. The Epidemiological and Clinical Profile of Sexually Abused Children: A Hospital-Based Study. *Asp J Pediatrics Child Health.* 2021; 3(1): 33-9.
- [38] Mboua Batoum V, Metogo JA, Ngapout NN, Essiben F, Nseme EE, Christiane N et al. Clinical and Medico legal Management of Sexually Assaulted Children in Yaoundé. *EJHS.* 2023; 8(1): 11-8.
- [39] Menick D. Sexual abuse at schools in Cameroon: results of a survey-action program in Yaoundé. *Med Trop.* 2002; 62(1): 58–62.
- [40] Cameroun - Santé: L'hôpital de district de Biyem-Assi célèbre l'excellence. Yaoundé : CIN; 2015.
- [41] Mboua V, Nseme G, Metogo A, Nsahlai C, Meguieze C, Fouedjio J. Circumstances surrounding the Occurrence of Rape among Survivors in Three Referral Hospitals in Yaoundé, Cameroon. *Health Sci.Dis.* 2021; 22(7) : 33-6.
- [42] Fonzo M, Cocchio S, Centomo M, Baldovin T, Buja A, Majori S et al. Sexual and Gender Minorities and Risk Behaviours among University Students in Italy. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(21): 11724.
- [43] Barrientos o J, Saiz J, Guzman-Gonzalez M, Bahamondes J, Gomez F, Castro M et al. Sociodemographic Characteristics, Gender identification, and Gender Affirmation Pathways in Transgender People : A Survey Study in Chile. *Arch Sex Behav.* 2021 ; 50(8) : 3505-16.
- [44] Chime O, Nduagubam O, Orji C. Prevalence and patterns of gender-based violence in Enugu, Nigeria: a cross-sectional study. *Pan Afr Med J.* 2022 ; 41 : 198.
- [45] Diallo T, Diallo Y, Diallo S, Daffé M, Fofana H, Barry B, et al. Violences conjugales à l'unité de médecine légale de l'hôpital national de Donka (Guinée). *Rev.int.sci.med.* (Abidj.).2017 ; 24(2) : 200-5.
- [46] Institut National de la Statistique (INS) et ICF. Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2018. Yaoundé, Rockville, Maryland: INS et ICF. 2020. 739 p.
- [47] Diallo D, Cisse M, Thiam M, Thiam O, Gueye M, Gueye M et al. Aspects Epidémiologiques et Prise en Charge des Agressions Sexuelles à l'Hôpital Roi Baudouin de Dakar : A Propos de 140 cas. *J SAGO.* 2017; 18(2).

[48] Ministère de la Santé, de la Prévoyance sociale et de la Solidarité nationale (Gabon) / Fonds des Nations Unies pour la Population. Enquête nationale sur les violences basées sur le genre. New York: UNFPA; 2016.

[49] Tavolaci M, Karmaly A, El Gharbi-Hamza N, Veter B, Ladner J. GBV among healthcare students : prevalence, description and associated factors. PLoS One. 2023 ; 18(11) : e0288855.

[50] Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. La lettre N°16 de l'observatoire national des violences faites aux femmes. France : MIPROF ; 2020. 34 p.

[51] Bagayoko T, Traoré T, Bah A, Sidibé K, Traoré B, Coulibaly A. Aspects cliniques et judiciaires des violences sexuelles sur le genre féminin à Ségou. MASAP. 2021 ; 11(1) : 5-10.

[52] Ballo B. Aspect clinique et judiciaire des violences sexuelles au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako: Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako ; 2015. 95 p.

[53] Théra J, Soumah M, Traoré T, Touré M, Traoré M, Sow M. Aspects épidémio-cliniques et judiciaires des agressions sexuelles au Mali. Santé Publique. 2014 ; 26(1) : 123-9.

[54] David N, Ewechi O, Wapmuk A, Gbajabiamila T, Ohihoin A, Herbertson E et al. Child sexual abuse and disclosure in South Western Nigeria: a community based study. Afr Health Sci. 2018; 18(2): 199-208.

[55] Mimche H, Tanang P. Les violences basées sur le genre à l'école en République centrafricaine. Rech Ed. 2013 ; 8 : 49-6.

[56] Enama O, Nickel L, Nwoes A, Kouankep C, Ntetmen M, Olongo A et al. Rapport national annuel 2020 des violences et violations faites aux MSG. Transphobie : le visage d'une nouvelle crise. Rapport national annuel 2020 ; 2020.

[57] Assemblée nationale du Cameroun. Loi N° 2016/007 du 12 juillet 2016 portant Code Pénal. Article 347-1. 2016.

[58] Assemblée nationale du Cameroun. Loi N°2010-/012 du 21 décembre 2010 relative à la cyber sécurité et la cybercriminalité au Cameroun. Article 83. 2010.

[59] Pico-Alfonso M. Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. Neurosci Biobehav Rev. 2005; 29(1): 181-93.

- [60] Coker A, Smith P. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *Am J Public Health.* 2000; 90(4): 553-9.
- [61] Bezerra H, Alves R, Nunes A, Barbosa I. Prevalence and Associated Factors of Common Mental Disorders in Women: A Systematic Review. *Public Health Rev.* 2021; 42: 1604234.
- [62] Harrko J, Virtanen M, Kouvonen A. Unemployment and work disability due to common mental disorders among young adults: selection or causation ? *Eur J Public Health.* 2018; 28(5): 791-7.
- [63] Wang X, Memon A, Palmér K, Hedelius A, Sundquist J, Sundquist K. Role of multiple risk factors in mental disorders diagnosed in middle-aged women: A population-based follow-up study. *J Psychiatr Res.* 2022 ; 156 : 414-21.
- [64] Ministère de la Santé Publique. Guide pratique de la prise en charge médicale des victimes de violences sexuelles. 1^{ère} éd. Madagascar : Système des Nations; 2012. 92 p.

ANNEXES

ANNEXE 1 : CLAIRANCE ETHIQUE DU CIER-FMSB / UY I

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES SCIENCES BIOMÉDICALES
COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
Tel/ fax : 22 31-05-86 22 311224
Email: decanatfmsb@hotmail.com



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I
FACULTY OF MEDICINE AND BIOMEDICAL SCIENCES
INSTITUTIONAL ETHICAL REVIEW BOARD

Ref : N° D850/UYI/FMSB/VERC/DAMER/CSO

CLAIRANCE ÉTHIQUE 10 JUIN 2024

Le COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (CIER) de la FMSB a examiné

La demande de la clairance éthique soumise par :

M.Mme : ETOUNDI BASSILEKIN LOUISE MARIE

Matricule: 17M007

Travaillant sous la direction de : • Pr NSEME ETOUCKEY Éric
• Dr MBOUA BATOUUM Véronique
• Dr MEGUIEZE Claude-Audrey

Concernant le projet de recherche intitulé : Profil lésionnel et suites médico-judiciaires des victimes de violences basées sur le genre dans les hôpitaux de Yaoundé

Les principales observations sont les suivantes

Evaluation scientifique	
Evaluation de la convenance institutionnelle/valeur sociale	
Équilibre des risques et des bénéfices	
Respect du consentement libre et éclairé	
Respect de la vie privée et des renseignements personnels (confidentialité) :	
Respect de la justice dans le choix des sujets	
Respect des personnes vulnérables :	
Réduction des inconvenients/optimalisation des avantages	
Gestion des compensations financières des sujets	
Gestion des conflits d'intérêt impliquant le chercheur	

Pour toutes ces raisons, le CIER émet un avis favorable sous réserve des modifications recommandées dans la grille d'évaluation scientifique.

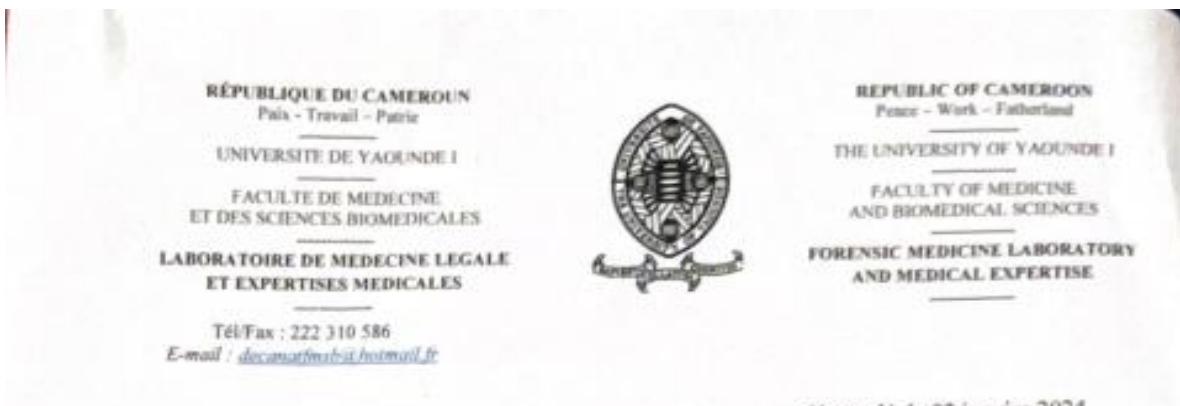
L'équipe de recherche est responsable du respect du protocole approuvé et ne devra pas y apporter d'amendement sans avis

favorable du CIER. Elle devra collaborer avec le CIER lorsque nécessaire, pour le suivi de la mise en œuvre dudit protocole. La clairance éthique peut être retirée en cas de non-respect de la réglementation ou des recommandations sus évoquées. En foi de quoi la présente clairance éthique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit

LE PRESIDENT DU COMITE ETHIQUE



ANNEXE 2 : AUTORISATION DE RECHERCHE DE LA FMSB / UY I



Yaoundé, le 03 janvier 2024

N° 0277 /UYI/FMSB/LML

AUTORISATION DE RECHERCHE

Madame, Monsieur le Directeur,

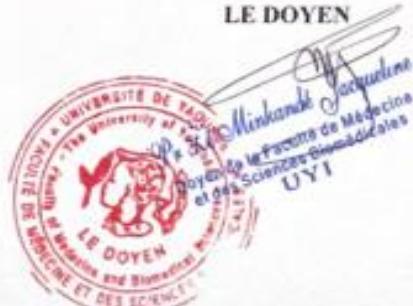
J'ai l'honneur d'autoriser par la présente, l'étudiante suivante de 7^{ème} année de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, à effectuer ses recherches dans le cadre de sa thèse de fin de formation au sein de votre structure.

Il s'agit de :

- Noms et Prénoms : **ETOUNDI BASSILEKIN Louise Marie**
- Sujet de thèse : **Profil lésionnel et suites médico-judiciaires des victimes de violences Basées sur le genre dans les hôpitaux de Yaoundé**
- Directeur : **Pr NSEME ETOUCKEY Eric**
- Co-Directeurs : **Dr MBOUA BATOUUM Véronique**
Dr MEGUIEZE Claude-Audrey
Dr NTONE ENYIME Samuel

Tout en vous remerciant pour l'accueil et le soutien que vous lui réserverez, je vous prie d'agrérer,
Madame, Monsieur le Directeur, l'expression de ma parfaite considération.

LE DOYEN



ANNEXE 3 : AUTORISATION DE RECHERCHE HOPITAL JAMOT DE YAOUNDE



Le Directeur / The Director

A/To

Mme ETOUNDI BASSILEKIN Louise Marie
Niveau 7 Médecine Générale
FMSB/UYI

Objet/Subject : autorisation de recherche.

Madame,

Nous vous informons que votre autorisation de recherche en vue de la rédaction d'une thèse de fin d'étude sur le thème : «**profil lésionnel et suites médico-judiciaires des violences basées sur le genre chez les victimes reçues dans les services d'urgence des hôpitaux de Yaoundé**» a obtenu notre avis favorable.

Vous êtes priée de prendre attache avec Madame le Conseiller Médical qui vous introduira dans les services sollicités.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de notre parfaite considération.

LE DIRECTEUR



ANNEXE 4 : AUTORISATION DE RECHERCHE HOPITAL DE DISTRICT DE BIYEM-ASSI

<p>REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix – Travail – Patrie MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DELEGATION REGIONALE DU CENTRE DISTRICT DE SANTE DE BIYEM-ASSI HOPITAL DE DISTRICT DE BIYEM-ASSI BP : 31 350 Yaoundé. Tel./Fax 22.31.64.05</p> <p>N° <u>94</u> /AR/MINSAUTE/DRSPC/DSBA/HDBA.</p>	<p>REPUBLIC OF CAMEROON Peace-Work-Fatherland MINISTRY OF PUBLIC HEALTH CENTER REGIONAL DELEGATION BIYEM-ASSI HEALTH DISTRICT BIYEM-ASSI DISTRICT HOSPITAL E-mail:hospital_biyemassi@yahoo.fr</p>
---	---

AUTORISATION DE RECHERCHE

Le Directeur de l'Hôpital de District de Biyem-Assi à Yaoundé soussigné, donne autorisation de recherche à madame **ETOUNDI Louise**, étudiante en 7^{ème} année d'études médicales à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé I, à mener une enquête dont l'étude porte sur "*profil lésionnel et suites médico-judiciaires des violences basées sur le genre chez les victimes reçues dans les services d'urgence des hôpitaux de Yaoundé*".

En foi de quoi la présente autorisation est établie et lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Yaoundé, le 12 JAN 2024


Le Directeur
Daniel Tokoua
Médecin - Cardiologue

ANNEXE 5 : AUTORISATION DE RECHERCHE CMA DE NKOMO

REPUBLICQUE DU CAMEROUN
Pays - Drapeau - Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

DELEGATION REGIONALE DU CENTRE

SERVICE DE SANTE DU DISTRICT D'ODZA

CENTRE MEDICAL D'ARRONDISSEMENT DE NKOMO

N° 143 24/ AR/ MSP/ DRSPC/ DSOD/ CMANK



REPUBLIC OF CAMEROON
Pays - Mardi - Patrie

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

CENTRE REGIONAL DELEGATION

ODZA HEALTH DISTRICT

NKOMO SUB-DIVISION MEDICAL CENTER

LE MEDECIN - CHEF DE NKOMO

Madame ETOUNDI BASSILEKIN Louise Marie
Etudiante 7^e Année Médecine Générale
FMSB / UY1
Matricule : 17M007
TEL. 693 60 13 34
YAOUNDE

OBJET : Autorisation pour effectuer
des recherches.

Madame,

Suite à votre correspondance du 12 Février 2024 relative à votre demande d'effectuer des recherches dans notre structure hospitalière sur le THEME : « Profil lésionnel et suite médico-judiciaires des victimes de violences basées sur le genre dans les Hôpitaux de Yaoundé », en vue de l'obtention du titre de Docteur en Médecine ; Pour la période allant du mois de Février au mois de Mai 2024.

Nous allons par la présente, vous signifiez 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



ANNEXE 6 : AUTORISATION DE RECHERCHE LABORATOIRE DE MEDECINE LEGALE

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie
UNIVERSITÉ DE YAOUNDE I
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES SCIENCES BIOMÉDICALES
LABORATOIRE DE MÉDECINE LÉGALE
ET EXPERTISES MÉDICALES
Tél/Fax : 222 310 586
E-mail : decanatfmlb@hotmail.fr



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I
FACULTY OF MEDICINE
AND BIOMEDICAL SCIENCES
FORENSIC MEDICINE LABORATORY
AND MEDICAL EXPERTISE

Q2-12/23
UYI/FMSB/LML

Yaoundé, le 21 décembre 2023

A Mlle ETOUNDI BASSILEKIN Louise
Etudiante en 7^{me} année Médecine Générale
FMSB/UYI

Objet : Autorisation de recherche

Mademoiselle,

J'ai l'honneur de vous autoriser à effectuer vos recherches dans les locaux du Laboratoire de Médecine Légale (LML), dans le cadre de votre thèse de fin de formation sur « *Profil lésionnel et aspects médico-judiciaires des violences basées sur le genre dans les hôpitaux de Yaoundé* ».

Vous voudrez bien prendre attache avec le Dr MEGUIEZE Claude-Audrey qui supervisera vos recherches.

Tout en vous réitérant les règles éthiques de de réserve et de confidentialité auxquelles vous devrez vous conformer, je vous prie d'agrémenter, Mademoiselle, l'expression de ma parfaite considération.



LE RESPONSABLE

[Signature]
Dr. Nsème Etouckey Eric
Maître de Conférences
Médecine Légale et Expertises Médicale

ANNEXE 7 : FICHE D'INFORMATION AUX PATIENTS

Thème : Profil lésionnel et suites médico-judiciaires des violences basées sur le genre dans les hôpitaux de Yaoundé.

Procédure :

Après l'obtention de votre accord, nous vous poserons quelques questions et nous exploiterons conjointement les informations recueillies.

Mme/Mr.

Nous vous invitons à prendre part à notre projet de recherche intitulé : « Profil lésionnel et suites médico-judiciaires des violences basées sur le genre dans les hôpitaux de Yaoundé ».

Investigateur principal : ETOUNDI Louise ; Etudiante en 7^{ème} année d'études médicales à la faculté de médecine et des sciences biomédicales de l'université de Yaoundé 1.

N° téléphone : 693-601-334

E-mail : lawrybasslme@gmail.com

Directeur : Pr NSEME ETOUCKEY Éric

Co-Directeurs : Dr BATOUR Véronique, Dr MEGUIEZE Claude-Audrey, Dr NTONE ENYIME Samuel

Site de l'étude : HJY, HDBA, CMA de NKOMO, LML

Durée de l'étude : Elle s'étendra de Novembre 2023 à la soutenance prévue en Juin 2024.

Objectif de l'étude : Etudier le profil lésionnel des victimes de VBG dans les hôpitaux de Yaoundé et rapporter les suites médico-judiciaires éventuelles.

Avantages :

- ✓ La participation à l'étude est gratuite
- ✓ Tout refus de participer est légitime
- ✓ Même après avoir accepté, vous pouvez vous retirer de cette étude si vous le voulez sans aucun préjudice
- ✓ Le droit aux résultats de l'étude

Confidentialité : les fiches de collecte de données seront codifiées afin de garder votre anonymat, et seront détruites à la fin de l'étude après validation des résultats.

ANNEXE 8 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE EN FRANÇAIS

TITRE DE L'ETUDE : Profil lésionnel et aspects médico-judiciaires des violences basées sur le genre dans les hôpitaux de Yaoundé

Je soussigné

Mr. /Mme.....

Déclare avoir été invité (e) à participer au travail de recherche intitulé « **Profil lésionnel et aspects médico-judiciaires des violences basées sur le genre dans les hôpitaux de Yaoundé** ». Cette étude est menée par ETOUNDI BASSILEKIN Louise Marie, étudiante en 7eme année de médecine générale à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I ; sous la supervision du Pr NSEME ETOUCKEY Éric, médecin légiste, du Dr MBOUA BATOUM Véronique, gynécologue obstétricienne, du Dr MEGUIEZE Claude-Audrey, pédiatre et du Dr NTONE ENYIME Samuel, psychiatre.

- J'ai été informé (e) sur la nature de l'étude, son but, sa durée, les éventuels bénéfices et risques et ce que l'on attend de moi.
- J'ai pris connaissance ou il m'a été lu le document d'information et des annexes à ce document. J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en parler avec une personne de mon choix comme un membre de ma famille.
- J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse satisfaisante à mes questions.
- J'ai compris que ma participation à cette étude est volontaire et que je suis libre de mettre fin à ma participation à cette étude sans que cela ne modifie mes relations avec l'équipe thérapeutique en charge de ma santé.
- J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que l'investigateur de l'étude se porte garant de la confidentialité de ces données.
- Je consens au traitement de mes données personnelles.

J'accepte librement de participer à cette étude ce qui implique de :

- Répondre au questionnaire ;
- Subir des prélèvements pour les examens biologiques ;

Je donne mon accord pour que les données collectées pour cette étude soient utilisées dans les études ultérieures à des fins strictement scientifiques.

Moi l'investigateur principal de l'étude, je prends la responsabilité d'avoir donné toutes les informations requises au participant concernant l'étude.

Fait à Yaoundé le/...../.....

Signature de l'investigateur

Signature du participant

ANNEXE 9 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE EN ANGLAIS

TITLE: Injury profile and medico-judicial aspects of gender-based violences in Yaoundé hospitals

I, the undersigned

Mr./Mrs./Ms.....

I declare that I have been invited to participate in the research work intitled « **Injury profile and medico-judicial aspects of gender-based violences in Yaoundé hospitals** ». This study is carried out by ETOUNDI BASSILEKIN Louise Marie, 7th year student of general medicine at the Faculty of Medicine and Biomedical Sciences of the University of Yaoundé I; under the supervision of Pr NSEME ETOUCKEY Eric, forensic doctor, of Dr MBOUA BATOU姆 Véronique, obstetrician-gynecologist, of Dr MEGUIEZE Claude-Audrey, pediatrician and of Dr NTONE ENYIME Samuel, psychiatrist.

- I have been informed about the nature of the study, its purpose, its duration, the possible benefits and risks and what is expected of me.
- I have read or the information document and its e-annexes was read to me. I had enough time to think about it and talk about it with someone of my choice as member of my family.
- I had the opportunity to ask all the questions that came to my mind and I got satisfactory answers.
- I understood that my participation to this study is voluntary and that I am free to end it without any changing in my relationship with the therapeutic team in charge of my health.
- I understood that data about me will be collected throughout my participation to this study and that the investigator guarantees their confidentiality.
- I consent to the analysis of my personal data.

Freely, I agree to participate to this study; it means that I'll:

- Answer the questionnaire
- Benefit from samples for biological examinations

I agree that the data collected for this study should be used in subsequent studies for strictly scientific purposes.

I, the principal investigator of the study, take the responsibility of having explained of having given all the information required to the participant regarding the study.

Date:...../...../.....

Investigator's signature

Participant 's signature

ANNEXE 10 : FICHE DE COLLECTE

I-CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

- **Nationalité :** _____
- **Age :** _____
- **Sexe biologique :** (1-Masculin, 2- Féminin) _____
- **Comment vous définissez-vous ? :** (1-Homme, 2-Femme) _____
- **Région d'origine :** (1-Extrême-Nord, 2-Nord, 3-Adamaoua, 4-Nord-Ouest, 5-Sud-Ouest, 6-Ouest, 7-Littoral, 8-Centre, 9-Est, 10-Sud) _____
- **Religion :** (1-Chrétien, 2-Musulman, 3-Témoin de Jéhovah, 4-Autre)

- **Situation relationnelle :** (1-Célibataire, 2-Marié, 3-Divorcé, 4-Veuf, 5-En concubinage) _____
- **Niveau d'étude :** (1-Non scolarisé, 2-Primaire, 3-Secondaire, 4-Supérieur)

- **Profession :** _____

II-TYPES DE VBG SUBIES

- **Violence physique** (1-Oui, 2-Non) _____
- **Source** (1-Personne, 2-Objet) _____
- **Mécanisme lésionnel** _____
- **Violence Sexuelle** (1-Oui, 2-Non) _____

Type _____

- **Violence psychologique** (1-Oui, 2-Non) _____

Type _____

- **Etait-ce la 1^{ère} fois ?** (1-Oui, 2-Non) _____
- **Si non, combien de fois avez-vous subi :**

Violence physique _____

Violence sexuelle _____

Violence psychologique _____

- **Date de début :** (1-[0-3mois[, 2-[3-6mois[, 3-[6-12mois[, 4->12mois])

III-DESCRIPTION DE LESIONS

- **Lésions physiques objectivées** (1-Œdème, 2-Erythème, 3-Hématome, 4-Eraflure, 5-Lacération, 6-Plaie, 7-Brûlure, 8-Fracture, 9-Rien à signaler) _____

Autres _____

- **Localisation topographique** : (1-Tête, 2-Cou, 3-Abdomen, 4-Dos, 5-Membre supérieur, 6-Membre inférieur, 7-Organes génitaux, 8-Région glutéale, 9-Région anale) _____
- **Atteintes mentales diagnostiquées** (1-Dépression mentale, 2-Trouble anxieux, 3-Etat de stress post traumatique) _____

Autres _____

- **Consommation de drogue ?** (1-Oui, 2-Non) _____
- **Drogues licites** (1-Alcool, 2-Tabac/Chicha) _____
- **Fréquence /semaine** _____
- **Drogues illicites** (1-Cocaine, 2-Marijuana, 3-Tramadol, 4-Prise) _____
- **Fréquence /semaine** _____
- **Date de début de consommation** (1-Avant la violence, 2-Après la violence)

- **Si avant la violence, la fréquence a-t-elle augmentée ?** (1-Oui, 2-Non)

IV-ASPECTS MEDICO-JUDICIAIRES

- **Avez-vous été hospitalisé ?** (1-Oui, 2-Non) _____
- **Avez-vous obtenu un certificat médico-légal ?** (1-Oui, 2-Non) _____
- **Si non, pourquoi ?** (1-Je ne sais pas à quoi ça sert, 2-Je n'étais pas au courant de l'existence d'une telle offre, 3-Peur) _____

Autres _____

- **Avez-vous déposé une plainte contre l'agresseur ? Ou comptez-vous le faire ?** (1-Oui, 2-Non) _____
- **Si non, pourquoi ?** (1-Je ne sais pas à quoi ça sert, 2-Je n'étais pas au courant de l'existence d'une telle offre, 3-Peur) _____

Autres _____

- **Avez-vous établi une conciliation (fait un arrangement à l'amiable)? Ou comptez-vous le faire ? (1-Oui, 2-Non) _____**
- **Si non, pourquoi ? (1-Je ne sais pas à quoi ça sert, 2-Je n'étais pas au courant de l'existence d'une telle offre, 3-Peur) _____**

Autres _____

- **Vous êtes-vous rapproché d'un avocat ? Ou comptez-vous le faire ? (1-Oui, 2-Non) _____**
- **Si non, pourquoi ? (1-Je ne sais pas à quoi ça sert, 2-Je n'étais pas au courant de l'existence d'une telle offre, 3-Peur) _____**

Autres _____

- **Avez-vous demandé une ordonnance de protection ? (1-Oui, 2-Non) _____**
- **Si non, pourquoi ? (1-Je ne sais pas à quoi ça sert, 2-Je n'étais pas au courant de l'existence d'une telle offre, 3-Peur) _____**

Autres _____

- **L'affaire est-elle en cours ou a-t-elle été jugée ? (1-Oui, 2-Non) _____**
- **Si non, pourquoi ? (1-Je ne sais pas à quoi ça sert, 2-Je n'étais pas au courant de l'existence d'une telle offre, 3-Peur) _____**

Autres _____

- **Vous êtes-vous rapproché d'une association spécialisée dans l'accompagnement des victimes de violence ? (1-Oui, 2-Non) _____**
- **Si non, pourquoi ? (1-Je ne sais pas à quoi ça sert, 2-Je n'étais pas au courant de l'existence d'une telle offre, 3-Peur) _____**

ANNEXE 11 : FICHE PHQ9 DIAGNOSTIQUE DEPRESSION MENTALE

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ? (Veuillez cocher (✓) votre réponse)	Jamais	Plusieurs jours	Près de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____ =Total Score: _____

ANNEXE 12 : LE QUESTIONNAIRE HADS (de l'anglais Hospital Anxiety and Depression Scale) POUR DIAGNOSTIC DU TROUBLE ANXIEUX

Score	Anxiété	Score	Anxiété
3 2 1 0	Je me sens tendu ou énervé : <input type="checkbox"/> la plupart du temps <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> de temps en temps <input type="checkbox"/> jamais	0 1 2 3	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> très souvent
3 2 1 0	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver <input type="checkbox"/> oui, très nettement <input type="checkbox"/> oui, mais ce n'est pas grave <input type="checkbox"/> un peu, mais cela ne m'inquiète pas <input type="checkbox"/> pas du tout	3 2 1 0	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : <input type="checkbox"/> oui, c'est tout à fait le cas <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> pas tellement <input type="checkbox"/> pas du tout
3 2 1 0	Je me fais du souci : <input type="checkbox"/> très souvent <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> très occasionnellement	3 2 1 0	J'éprouve des sensations soudaines de panique : <input type="checkbox"/> vraiment très souvent <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> pas très souvent <input type="checkbox"/> jamais
0 1 2 3	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté : <input type="checkbox"/> oui, quoi qu'il arrive <input type="checkbox"/> oui, en général <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais	3 2 1 0	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : <input type="checkbox"/> presque toujours <input type="checkbox"/> très souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais
<input type="checkbox"/> Total du score pour l'anxiété		<input type="checkbox"/> Total du score pour la dépression	

Chaque réponse correspond à un chiffre. En additionnant ces chiffres, on obtient un score total par colonne (anxiété et dépression). Si le score d'une colonne est supérieur ou égal à 11, cela signifie que vous souffrez d'anxiété ou de dépression (selon la colonne concernée).