



MINISTÈRE
DE L'EUROPE
ET DES AFFAIRES
ÉTRANGÈRES

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Centre de crise
et de soutien

RAPPORT ETUDE DE BASE ET ANALYSE GENRE PROJET PASEPRO



Cameroun, Mai 2023

PASEPRO

*Projet d'Accès à des Services de Protection pour les populations déplacées par le conflit
du Nord-Ouest et du Sud-Ouest du Cameroun et des populations hôtes à l'Ouest du
Cameroun*

TABLE DE MATIERES

TABLE DE MATIERES.....	2
REMERCIEMENTS.....	4
RESUME.....	5
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	8
LISTE DES TABLEAUX.....	9
LISTE DES GRAPHIQUES.....	9
1. INTRODUCTION.....	10
1.1. Cadrage méthodologique de l'étude.....	10
1.1.1. Préparation du processus de collecte.....	11
1.1.2. Identification et formation des agents enquêteurs.....	12
1.1.3. Collecte, traitement et analyse des données.....	12
1.1.4. Traitement et analyse des données collectées.....	14
1.1.5. Rédaction du rapport d'étude.....	14
2. PRÉSENTATION DE LA ZONE D'ÉTUDE.....	14
2.1. Département de la DISTRICT DE SANTÉ DE SANTCHOU : District de Santchou.....	15
2.2. Département de la MIFI : District de la Mifi.....	16
3. RÉSULTAT DE L'ÉTUDE.....	17
3.1 Rôles et responsabilités.....	17
3.1.1 Division du travail.....	17
3.2 Accès aux ressources.....	18
3.2.1 Moyens de subsistance.....	19
3.3 Prise de décision.....	21
3.3.1 Prise de décision au niveau du ménage.....	21
<i>Prise de décision dans la gestion de revenus.....</i>	<i>22</i>
3.3.2 Participation et leadership au niveau communautaire,.....	22
3.4 ACCES AUX SERVICES.....	25
3.4.1 Service de santé.....	25
3.4.2 Disponibilité des documents d'état civil.....	25
3.4.3 Accès aux comptes de téléphonie mobile.....	26
3.4.4 Mécanisme de Feedback.....	27
3.5 SECURITE ET PROTECTION.....	27
3.5.1 Types de VBG.....	27
3.5.2 Expérience de la violence physique entre partenaire.....	28

3.5.3	Assistance en cas d'incident de VBG	28
3.6	NORMES, CROYANCES ET PRATIQUES	31
3.7	BESOINS ET ASPIRATIONS	32
	CONCLUSION	34
	RECOMMANDATIONS	34
	ANNEXE 1: Valeur Baseline des indicateurs d'impact du projet	36
	ANNEXE 2: Termes de reference de étude de Base	38
1.	Contexte et justification de l'intervention.....	38
2.	Présentation du projet PASEPRO.....	39
3.	Objectifs et utilisations des données de base recherchées.....	41
3.1.	Objectifs de l'étude de base.....	41
3.2.	Résultats de attendus de l'étude	42
3.3.	Les livrables issus de l'étude	42
3.4.	Etendu de l'étude.....	42
4.	Méthodologie de l'étude.....	42
4.1.	Population cible.....	46
4.2.	Ciblage communautaire.....	47
4.3.	Echantillonnage.....	47
4.3.1.	Volet quantitatif.....	47
4.3.2.	Détermination de la taille de l'échantillon :	47
4.3.3.	Volet qualitatif	48
4.5.	Identification et formation des agents de collecte.....	50
4.5.1.	Mise en œuvre de la collecte des données	50
4.5.2.	Saisie, traitement et analyse des données collectées	50
4.5.3.	Rédaction du rapport.....	50
4.5.4.	Considérations éthiques	51
5.	Chronogramme de déroulement de l'étude	51

REMERCIEMENTS

Cette étude de base couplée à l'analyse genre a bénéficié du soutien financier du Centre de Crise et de Soutien (CDCS) du Ministère français de l'Europe et des Affaires étrangères avec la contribution de CARE International Cameroun et son partenaire Horizons Femmes.

RESUME

La stratégie pluriannuelle 2022-2027 de CARE Cameroun vise à toucher 250 000 personnes affectés par les crises, à travers une réponse humanitaire sensible au genre. La prévention et la réponse à la violence, en particulier aux violences basées sur le genre (VBG), est un axe central de cette stratégie. Au vu des nombreux besoins humanitaires non couverts dans la région de l'Ouest Cameroun, CARE souhaite étendre son action humanitaire dans cette région.

C'est ainsi qu'avec l'appui du Centre de Crise et de Soutien (CDCS), CARE Cameroun en partenariat avec Horizons Femmes mettent en œuvre le projet dénommé PASEPRO dans les districts de santé de la Midi et de Santchou sur une période de 15 mois. Ce projet vise spécifiquement à prévenir et répondre aux risques de violence, abus et exploitation encourus par les personnes déplacées internes ainsi que les populations vulnérables de la communauté d'accueil à travers des mécanismes communautaires et une meilleure coordination des acteurs.

Dans une logique d'intégration transversale du genre, l'étude de base de ce projet a été couplé à l'analyse genre. Cette étude s'est appuyée sur des statistiques descriptives secondaires et des données d'enquête primaires (quantitatives) combinées à des examens structurés de documents, des groupes de discussion et des entretiens semi-structurés (qualitatifs).

Les résultats de cette étude mettent en exergue que le déplacement des personnes à la suite des conflits vers les deux départements a fortement influencé la division du travail d'après 54,39% personnes enquêtées. Les décès enregistrés au sein des ménages tout comme les occupations liées à la recherche des moyens de subsistance ont conduit certaines femmes à faire établir des actes de naissances.

Une diminution dans l'accès aux ressources est constatée exception faite de l'accès à l'information. Ce déclin dans l'accès aux ressources tant pour les hôtes que pour les déplacés interne entraîne l'émergence du travail journalier. Il convient cependant de préciser qu'avant la crise, les principaux moyens de subsistance étaient : l'agriculture (31,34%), le petit commerce (21,35%) et les travaux journaliers (6,12%) contre respectivement (27,94%) agriculture ; (25,27%) le petit commerce et (16,33%) les travaux journaliers. Une spécificité est tout de même observée pour les personnes en situation de handicap qui ont recours à la mendicité bien que l'on observe une tendance au désir d'autonomisation pour les personnes de sexe féminin en situation de handicap.

Davantage de femmes (55,87%) que d'hommes (32,65%) estiment pouvoir prendre la décision dans l'achat ou la vente des actifs de manière unilatérale. Cette tendance ne s'observe pas pour ce qui concerne la santé où les hommes sont ceux qui prennent la décision dans la majorité des cas. La situation est davantage difficile pour ceux qui en

plus de ces identités liées au sexe porte l'identité du handicap. Ces derniers sont perçus par la communauté comme des personnes ne pouvant pas exercer le leadership communautaire.

S'agissant de l'accès aux services, 12,72% des personnes enquêtées ne disposent d'aucun document d'état civil. Seulement 37% des personnes consultées dans le district de Santchou ont accès aux soins de santé. Il convient également de préciser que bien que 78,96% des personnes consultées au cours de cette étude possèdent des comptes Mobile Money seulement 25,43% d'entre elles affirment disposer les comptes Mobile Money enregistrés à leurs noms.

En ce qui concerne la sécurité et la protection, en termes de prévention, seulement 37,21% de personnes consultées (dont 38% parmi les femmes et 35% parmi les hommes) ont identifiée au moins deux moyens pour prévenir les VBG. Il s'agissait notamment de la connaissance des risques de VBG et l'autonomie financière des personnes vulnérables. Quant à l'expérience vécue, 51% des personnes interrogées et les femmes en particulier ont déclaré avoir subi une VBG au moins une fois. Les personnes ayant le plus fait l'expérience de VBG sont les PDIs/TS (100% de violence psychologique ;77.78% de violence physique) et les TS hôtes. Ces incidents sont reportés davantage à des proches (97.34%) qu'à la police (0,78%) ou des chefs traditionnels (1.88%). Plusieurs us et normes notamment la légitimité de l'adultère et la consommation de l'alcool pour les hommes ou encore le recours au marabout par les femmes sont des facteurs qui entravent l'accès à la prévention et la prise en charge des VBG.

A la suite des constats réalisés dans le cadre de l'étude, les principales recommandations vont dans le sens de :

- Plaidoyer auprès du ministère de la Justice et du BUNEC pour pérenniser l'action et faciliter la documentation civile des personnes déplacées internes ;
- Soutenir les communautés hôtes en tant que partie intégrante de la réponse humanitaire au vu des similarités observées dans les vulnérabilités.
- Mettre en œuvre des interventions stratégiques visant à accroître l'autonomie, y compris des projets visant à renforcer les compétences des femmes et des personnes en situation de handicap en matière de moyens de subsistance
- Investir sur la prise en charge de qualité des cas de VBG (renforcer le pré-positionnement des kits post viols, formation du personnel, la conduite des cliniques médicales, juridiques) pour accroître l'accès aux services offerts aux personnes survivantes de VBG.
- Renforcer le mécanisme de réponse communautaire à la VBG sous le lead des membres de la communauté pas uniquement la société civile (y compris l'orientation)

- Mettre en place un mécanisme de redevabilité des actions qui respecte la confidentialité et la sécurité des informations des victimes en lien avec les préférences exprimées par les communautés ciblées (ligne verte, mécanisme de plaintes).
- Mettre en place des mesures des incitatives et spécifiques pour faciliter la participation tant des hommes que des femmes aux activités visant à modifier les normes sociales néfastes
- Utiliser une approche d'exploration pour travailler sur les normes qui perpétuent les violences afin d'inciter les groupes communautaires et les individus à réfléchir de manière critique pour les remettre en cause.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AGR	Activités génératrices de revenus
CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere
CDCS	Centre de Crise et de Soutien du Ministère français de l'Europe et des Affaires étrangères
DIC	Drop-In Center
DRS	Délégation régionale de la santé
EDS-MICS	Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples
ES	Espace sûr
FGD	Focus Group Discussion
FOSA	Formation sanitaire
GHM	Gestion de l'Hygiène Menstruelle
HR	Hôpital Régional
MINAS	Ministère des Affaires Sociales
MINPROFF	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
NOSO	Nord-Ouest et Sud-Ouest
OCHA	
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PASEPRO	Projet d'accès à des services de protection
PDI	Personne Déplacée Interne
PF	Planification Familiale
PSEA	Prévention de l'Exploitation et Abus sexuels
PSH	Personne en Situation de Handicap
SSR	Santé sexuelle et reproductive
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
TDR	Termes de Référence
TS	Travailleuse du Sexe
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés.
VBG	Violences basées sur le genre

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des personnes enquêtées par sexe.....	12
Tableau 2 : Répartition des tâches entre les membres du ménage.....	17
Tableau 3 : Moyens de subsistance avant et après la crise selon le sexe et l'âge ..	20
Tableau 4 : Prise de décision sur la gestion des revenus et des actifs.....	22
Tableau 5 : Raison pour lesquelles les femmes et les PVH ne peuvent pas être présidente du comité de protection.....	24
Tableau 6 : Réseaux de télécommunications les plus utilisés	26
Tableau 7 : Circonstances dans lesquelles il est admis qu'un homme frappe sur sa conjointe	28
Tableau 8 : Personnes consultées suite à une VBG.....	28

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition des personnes enquêtées au cours des entretiens individuels.....	13
Graphique 2 : Répartition des personnes consultées lors des FGD.....	13
Graphique 3 : Accès aux ressources avant et après la crise.....	18
Graphique 1 : Accès aux ressources après la crise selon le sexe et l'âge	19
Graphique 2 : Accès aux ressources avant la crise selon le sexe et l'âge	19
Graphique 4 : Principaux moyens de subsistance selon le sexe et l'âge	19
Graphique 5 : Moyens de subsistance des personnes en situation de handicap selon le sexe et l'âge.....	21
Graphique 6 : Participation à la prise de décision pour la santé sexuelle et reproductive selon le sexe et l'âge.....	21
Graphique 7 : Adhésion selon le sexe et l'âge aux différents types d'association....	23
Graphique 8 : Proportion des personnes enquêtées disposant des documents d'état civil par district et par statut	26
Graphique 9 : Raisons évoquées pour justifier le non-recours aux soins.....	29
Graphique 10 : Pourcentage des personnes qui pensent que les activités d'information liées aux VBG sont utiles.....	30

1. INTRODUCTION

D'après le HRP 2022, 250 000 personnes dans la région de l'Ouest ont besoin d'une aide humanitaire urgente (OCHA, avril 2022). Malgré les engagements pris dans le HRP 2021 pour mettre en place une réponse robuste et multisectorielle pour les PDI du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, les objectifs n'ont pas pu être atteints en raison du manque de présence humanitaire opérationnelle dans l'Ouest et au Littoral. Ce manque de présence d'acteurs humanitaires combiné aux ressources limitées allouées à ces deux régions a laissé la plupart des personnes affectées sans assistance.

Pour faire face à cette situation, CARE Cameroun a bénéficié de l'appui financier du Centre de Crise de Soutien du Ministère français de l'Europe et des Affaires étrangères pour la mise en œuvre du projet PASEPRO. Ce projet vise à prévenir et répondre aux risques de violence, abus et exploitation encourus par les personnes déplacées internes ainsi que les populations vulnérables de la communauté d'accueil à travers des mécanismes communautaires et une meilleure coordination. Il sera mis en œuvre sur une période de 15 mois dans les districts de santé de Santchou et de la MIFI. Ainsi conformément aux standards de qualité du suivi évaluation une évaluation de base couplée à l'analyse genre a été réalisé dans le cadre de ce projet au cours du mois d'avril 2023.

Subséquent, le présent rapport organisé autour des domaines d'intérêt particulièrement importants liés aux indicateurs du projet et à la prise en compte du genre met en exergue les recommandations pour enrichir les pratiques en vue d'une amélioration continue de la stratégie de mise en œuvre des projets et programmes de développement.

1.1. Cadrage méthodologique de l'étude

Pour atteindre les objectifs¹ poursuivis par cette évaluation, l'équipe en charge du processus a adopté une approche participative. Ainsi, les données ont été collectées par le canal des entretiens individuels, des focus group, auprès des sectorielles étatiques, acteurs non étatiques, et des acteurs humanitaires qui interviennent dans la protection. L'étude s'est déroulée autour des étapes suivantes :

- Préparation du processus de collecte des données ;
- Formation des agents enquêteurs ;
- Saisie, traitement et analyse des données collectées ;
- Rédaction du rapport.

¹ Voir TDR incluant la méthodologie détaillée en annexe 1

1.1.1. Préparation du processus de collecte

▪ Revue documentaire

Elle a permis d'exploiter quelques documents pertinents. Ceux-ci ont favorisé la conception des outils et une méthodologie qui répond aux objectifs de l'étude. Cette revue documentaire a permis d'avoir une vue d'ensemble sur les pratiques en matière de VBG, les difficultés des PDIs et la cohésion entre PDIs et populations hôtes.

▪ Préparation des outils

Les TDR de l'étude ont été rédigés en prenant en compte les différentes thématiques couvertes par le projet Un questionnaire d'enquête a été élaboré en s'appuyant sur les données recherchées pour chaque objectif de l'étude. 01 guide d'entretiens individuels et 01 guide de focus group discussion ont été préparés pour la collecte de données qualitatives et quantitatives.

▪ Echantillonnage

L'échantillonnage a été fait sur la base d'un sondage non probabiliste en s'appuyant sur la méthode des quotas pour assurer la représentativité de l'échantillon conformément à la répartition des bénéficiaires ciblées par le projet soit 8935 personnes.

Des entretiens individuels ont été réalisés avec les acteurs des deux districts notamment :

- Membre de la communauté
- Autorités traditionnelles
- Partenaires au développement (ONG Locale et internationale membres du cluster protection et Cash/impliqués dans les activités de protection/VBG
- Sectorielles de l'état (MINPROFF, MINAS, BUNEC, MINDEF, Education, etc.)
- Responsables des Districts de Santé ciblés et les Mairies.

Pour déterminer la taille de l'échantillon des chefs de ménages, nous avons utilisé la formule classique ci-dessous :

- $n = t^2 \times p \times (1-p) / m^2$
- n : Taille d'échantillon minimale pour obtenir des résultats significatifs
- t =1,96 est le quantile d'ordre 0,25 de la loi normale ; c'est la valeur type du niveau de confiance de 95 %
- p=50% est la proportion des publics cibles satisfaites de la prise en compte de leurs besoins par les autorités locales tirée du cadre logique ;

- $m=5\%$ est la marge d'erreur

Le calcul de la Taille d'échantillon minimale pour obtenir des résultats significatifs est de $n = 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5 / 0,05^2 = 384$ soit 422 chefs de ménages à enquêter en considérant un taux de non-réponse de 10%

Le nombre de chef de ménage à enquêter dans chaque district de santé a été déterminé au prorata de l'effectif des PDIs par district de santé et par quartier. Ces dernières unités ont été identifiées lors de l'atelier de cadrage du projet en collaboration avec les autorités étatiques (communes, services déconcentrés de l'état, district sanitaire, etc.) et traditionnelles ainsi que les acteurs humanitaires (ONG Nationale et internationale).

1.1.2. Identification et formation des agents enquêteurs

Au total, 8 personnes (3 femmes et 5 hommes) ont été mobilisées parmi les relais/pairs éducateurs de Horizons Femmes dont 5 pour le District de Santé de la Mifi et 3 pour Santchou afin d'assurer la collecte des données. Le choix a été porté sur des agents ayant une bonne connaissance de la zone, de la localisation des PDIs et ayant une expérience de travail avec les TS.

Les agents de collecte ont bénéficié d'une formation sur la méthodologie de l'étude, l'utilisation des outils de collecte des données afin de les rendre aptes pour une plus grande adaptation sur le terrain et à satisfaire aux objectifs visés par l'opération, ainsi qu'à l'administration du questionnaire via KoboCollect.

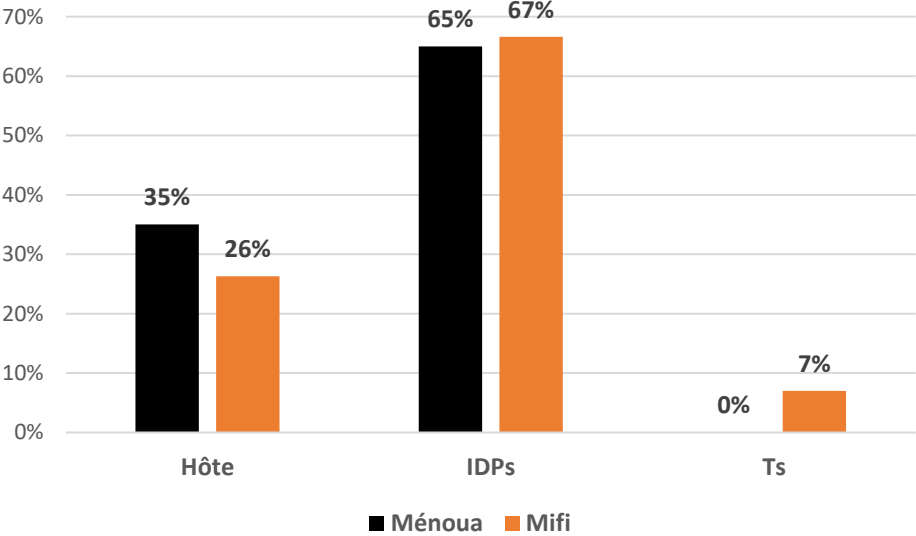
1.1.3. Collecte, traitement et analyse des données

La collecte des données s'est faite du 04 au 11 Avril 2023. Elle a permis de recueillir des données qualitatives et quantitatives. Le tableau suivant présente le récapitulatif des personnes consultées. Les outils de collecte de données se trouvent en annexe.

Tableau 1 : Répartition des personnes enquêtées par sexe

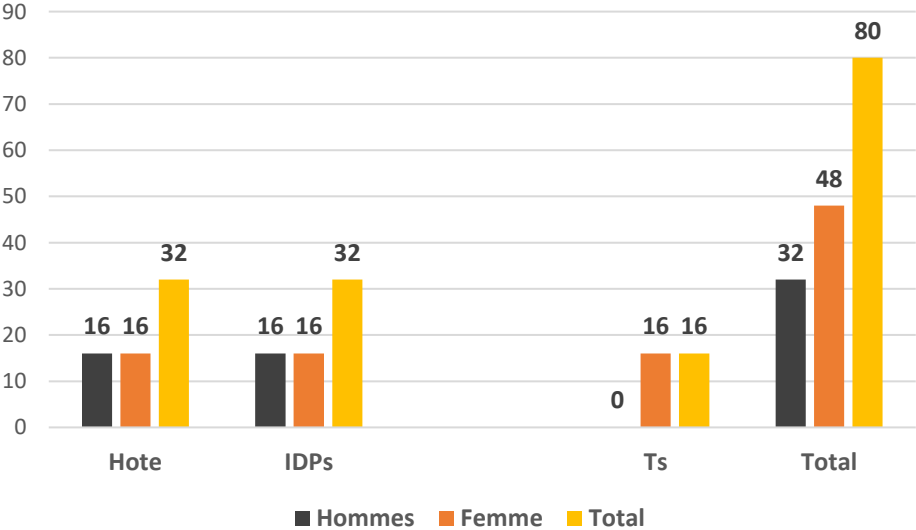
Cibles	Hommes	Femmes	Total
Hôte	70	101	171
Hôte PvH	13	14	27
IDPs	160	249	409
IDPs PvH	14	16	30
Total	257	380	637

La collecte des données quantitatives a permis de toucher au total 637 personnes dont 60% de femmes et 9% de personnes vivants avec un handicap. En ce qui concerne les districts de santé, 69% des personnes enquêtées ont été consultées dans la Mifi contre 31 dans la District de santé de Santchou.



Graphique 1 : Répartition des personnes enquêtées au cours des entretiens individuels

L'enquête a permis de couvrir de couvrir 66% de PDIs 29% de hôtes et 5% de TS toutes enquêtées dans Mifi en raison du caractère saisonnier de cette activité dans le district de santé de Santchou.



Graphique 2 : Répartition des personnes consultées lors des FGD

Dans le cadre de la collecte des données qualitatives un total de 8 FGD a été organisé dans les deux départements dont 4 à Santchou et 4 dans la Mifi. Les informations collectées dans le cadre de ces discussions permettent vérifier et alimenter celles issues de la collecte quantitative ; elles portaient sur :

- Rôle et responsabilité
- Prise de décision et participation
- Croyances et perceptions
sécurité et protection
- Accès aux services
- Besoins
- Capacités et mécanismes d'adaptation

1.1.4. Traitement et analyse des données collectées

Les données des entretiens individuels ont été collectées grâce à des tablettes à travers l'application KoboCollect. Les données saisies ont été centralisées et apurées de l'assistant suivi évaluation. Les données des focus groups ont fait l'objet de transcription et ont été saisies sous Excel.

1.1.5. Rédaction du rapport d'étude

Les informations collectées (recherche/exploitation documentaire, entretiens semi-structurés, discussions de groupes et enquêtes par questionnaire) ont été exploitées, synthétisées et analysées par l'équipe en charge. Un rapport d'étude a été rédigé et partagé et les observations apportées, y ont été intégrées.

2. PRÉSENTATION DE LA ZONE D'ÉTUDE

La région de l'Ouest -Cameroun est frontalière au Nord-Ouest et au Sud-Ouest du Cameroun à travers 3 de ses 8 départements : le Noun, les Bamoutos et la District de santé de Santchou. Ces départements, sont parmi les plus touchées par l'arrivée des PDIs, à travers leur situation géographique. Ils accueillent en effet 70% des PDIs présents à l'Ouest du Cameroun. Si l'on ajoute le département de la Mifi, frontalier avec ces trois départements suscités, ce pourcentage augmenterait à 84%.



image 1: Départements de l'Ouest du Cameroun

2.1. Département de la DISTRICT DE SANTÉ DE SANTCHOU : District de Santchou

C'est un district rural, situé sur la route Melong-Dschang, qui agit comme une plaque tournante du transport entre la région de Nord-Ouest et d'autres parties du Cameroun. Du fait de sa proximité et la facilité d'accès depuis le Sud-Ouest et le Nord-Ouest, Santchou accueille 4 308 PDIs pour 38 037 habitants (11,3% de la population (**OCHA, août 2021 ; MINSANTE, 2021**)). De plus, Santchou est un lieu d'arrivée important pour les nouveaux déplacés : 15% des nouveaux déplacés à l'Ouest entre 2019 et mai 2021 (cf. figure 2) se sont installés à Santchou (OCHA, août 2022). De plus, Santchou est une région fortement agricole, qui offre des débouchés pour le travail agricole et la location des terres. Le district de Santchou a été ciblé du fait de la forte concentration de nouveaux PDIs, et à cause de la faible présence d'acteurs humanitaires dans cette région.



image 2: Département de la District de santé de Santchou (Wikipédia)

2.2. Département de la MIFI : District de la Mifi

Bafoussam est le chef-lieu de la Mifi et du département de l'Ouest. Le district de la Mifi (communes de Bafoussam I, II et III) compte 441 133 habitants, dont 11 091 PDIs (2,5% de la population) (OCHA, août 2021 ; MINSANTE, 2021). Bafoussam est situé à 54 km de Santa au Nord-Ouest (première ville sur la route vers Bamenda) et à environ 80 km du Sud-Ouest (route P19). Le nombre important de PDIs s'explique en partie par la recherche d'opportunités économiques en ville (cf. Figure 2).



image 3: Département de la Mifi (Wikipédia)

3. RÉSULTAT DE L'ÉTUDE

Cette partie présente les différents résultats issus des échanges avec les membres des communautés cibles du projet, axés davantage sur les types de services que le projet envisage offrir aux plus vulnérables ainsi que les indicateurs contractuels. Cette section du rapport s'appesantira sur les rubriques suivantes :

- Rôle et responsabilité
- Prise de décision et participation
- Croyances et perceptions
- Sécurité et protection
- Accès aux services
- L'analyse de besoins de personnes enquêtées
- Capacités et mécanismes d'adaptation

3.1 Rôles et responsabilités

3.1.1 Division du travail

Le déplacement des personnes à la suite des conflits vers les deux départements a fortement influencé la division du travail d'après 54,39% personnes enquêtées (53% d'hommes et 55% de femmes). Les activités les plus concernées étant le travail dans le champ, la vente des produits du champ et la participation aux réunions communautaires. Le tableau ci-dessous illustre selon le sexe et l'âge l'implication dans des tâches liées aux activités ou services offerts par le projet.

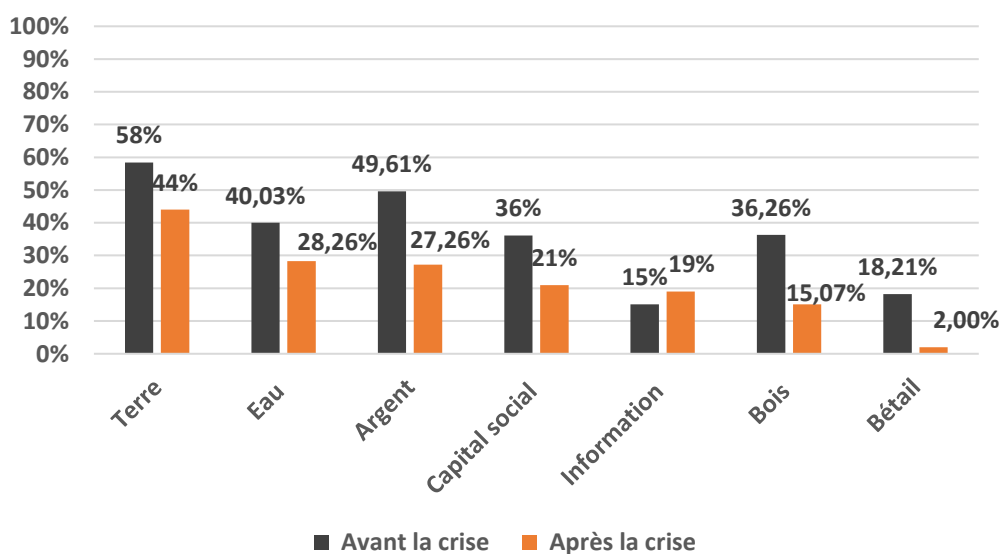
Tableau 2 : Répartition des tâches entre les membres du ménage

Activité		Femmes	Hommes	Jeunes filles	Jeunes garçons
Etablir l'acte de naissance	En partie	24,02%	14,29%	23,76%	18,35%
	Entièrement	45,25%	67,35%	23,27%	30,28%
	N/A	3,91%	6,80%	16,34%	30,28%
	Non engagé	26,82%	11,56%	36,63%	21,10%
Ensemble		100%	100%	100%	100%
Suivre les devoirs des enfants	En partie	40,22%	46,94%	33,17%	44,95%
	Entièrement	27,93%	12,93%	38,12%	8,26%
	N/A	5,59%	8,16%	15,35%	31,19%
	Non engagé	26,26%	31,97%	13,37%	15,60%
Ensemble		100%	100%	100%	100%
Faire à manger	En partie	29,05%	29,25%	22,77%	55,96%
	Entièrement	63,69%	10,20%	73,76%	16,51%
	N/A	1,12%	6,80%	1,49%	1,83%
	Non engagé	6,15%	53,74%	1,98%	25,69%
Ensemble		100%	100%	100%	100%

Il en ressort que les femmes et les jeunes filles considèrent qu'elles sont entièrement impliquées pour faire le repas et le suivi des devoirs des enfants. De la même manière, les hommes et jeunes se sentent surtout plus concernés par l'établissement des actes de naissance. Ceci se justifie par les avis des hommes hôtes et PDIs dans les FGD qui estiment que : « *Les femmes participent à l'éducation des filles dans la communauté en leurs enseignant comment se comporter en société, comment devenir une femme respectable et éviter les grossesses précoces.* ». Par ailleurs, les femmes hôtes et PDIs soutiennent que : « *Les hommes assurent la sécurité de tous et subviennent aux besoins des familles, même si, on retrouve certains qui sont irresponsables et abandonnent ces tâches aux femmes.* ».

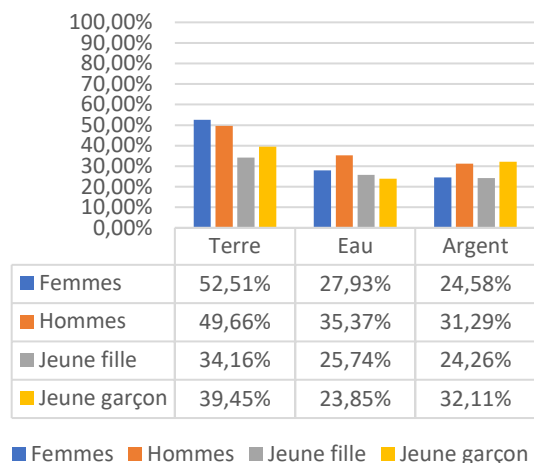
Toutefois, avec les décès constatés et les occupations liées à la recherche des moyens de subsistance, certaines femmes se sont retrouvées impliquées dans l'établissement des actes de naissances et les aînés (filles et garçons) à suivre les devoirs des cadets.

3.2 Accès aux ressources

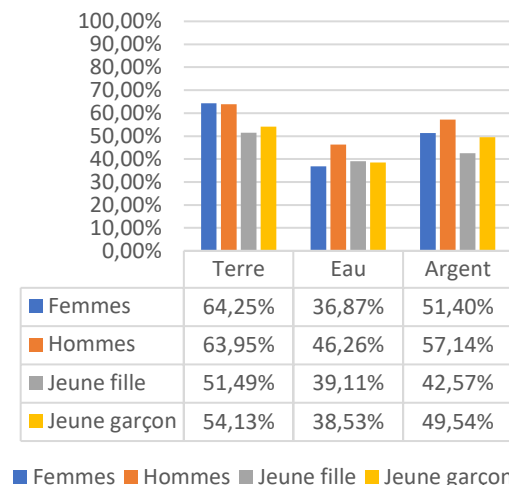


Graphique 3 : Accès aux ressources avant et après la crise

Les principales ressources auxquelles ont accès les personnes consultées sont la terre, l'eau et l'argent. Globalement, on constate une diminution dans l'accès à l'ensemble des ressources exception faite de l'information. Cet accès accru à l'information est surtout observé chez les PDIs. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait qu'ils auraient quitté des zones rurales pour se retrouver en zone urbaine et péri urbaine où l'usage des outils de communication à large couverture est fréquent.



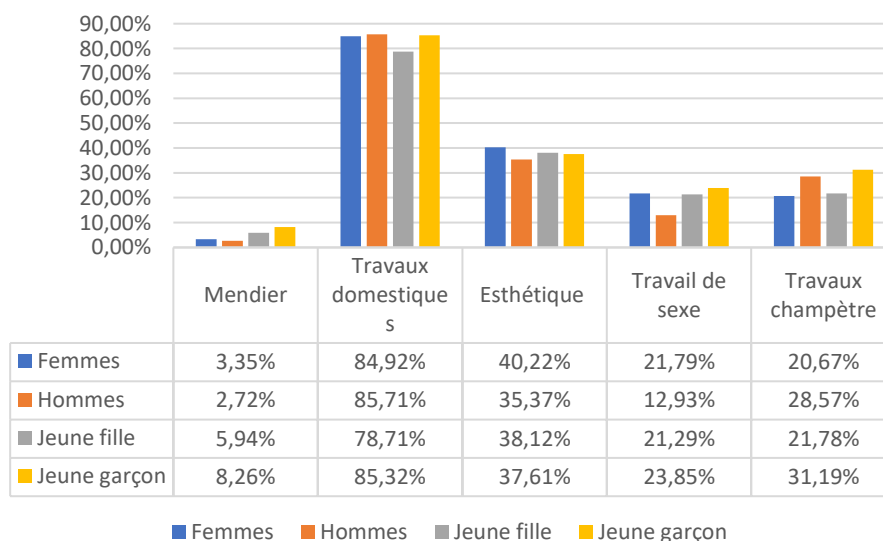
Graphique 1 : Accès aux ressources après la crise selon le sexe et l'âge



Graphique 2 : Accès aux ressources avant la crise selon le sexe et l'âge

L'analyse comparée de la situation avant et après selon le sexe et la tranche d'âge permet de constater que l'accès aux ressources a davantage été modifié pour les jeunes filles et jeunes garçons. En outre, il convient de préciser que l'accès à l'argent a diminué pratiquement de moitié en raison de la perte de leurs activités génératrices de revenus.

3.2.1 Moyens de subsistance



Graphique 4 : Principaux moyens de subsistance selon le sexe et l'âge

Le déclin dans l'accès aux ressources tant pour les hôtes que pour les déplacés interne entraîne l'émergence du travail journalier. Ce type d'activités concerne généralement des travaux de prestation de tâche domestiques, de construction ou

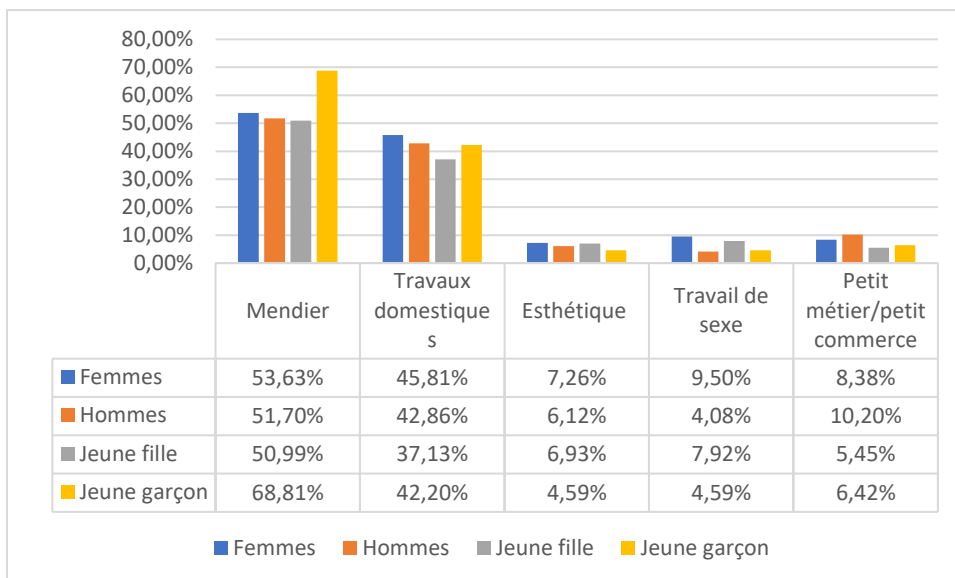
de réparation. Subséquemment, il est plus accessible aux personnes de sexe masculin.

L'analyse du tableau 3 ci-dessous illustre qu'avant la crise tout comme après la crise les moyens de subsistance des personnes enquêtées restent le même dans les deux districts que couvre le projet indépendamment du sexe et de l'âge. Avant la crise, les principaux moyens de subsistance étaient : l'agriculture (31,34%) ; le petit commerce (21,35%) ; puis les travaux journaliers (6,12%). Ce même graphique illustre que, les moyens de subsistance après la crise sont : l'agriculture (27,94%) ; le petit commerce (25,27%) ; puis les travaux journaliers (16,33%).

Tableau 3 : Moyens de subsistance avant et après la crise selon le sexe et l'âge

Étiquettes de lignes	Avant la crise			Après la crise		
	Femme	Homme	Ensemble	Femme	Homme	Ensemble
Agriculture	29,21%	34,24%	31,24%	24,21%	33,46%	27,94%
Artisan	0,26%	2,33%	1,10%	0,53%	3,50%	1,73%
Chauffeur	0,26%	5,84%	2,51%	0,26%	10,51%	4,40%
Coiffure	5,26%	0,00%	3,14%	2,89%	0,00%	1,73%
Couture	5,26%	0,78%	3,45%	2,37%	0,78%	1,73%
Electronique/Mécanique	0,00%	3,50%	1,41%	0,00%	1,95%	0,78%
Élevage/Pêche	2,37%	5,84%	3,77%	0,00%	2,33%	0,94%
Enseignement	2,89%	2,72%	2,83%	2,37%	1,17%	1,88%
Maçonnerie	0,26%	3,89%	1,73%	0,26%	4,28%	1,88%
Marabout	0,00%	0,39%	0,16%	0,00%	0,78%	0,31%
Menuiserie	0,00%	3,89%	1,57%	0,00%	1,56%	0,63%
Petit Commerce	28,68%	10,51%	21,35%	33,42%	13,23%	25,27%
Restaurateur	0,26%	0,39%	0,31%	0,00%	0,39%	0,16%
Salarié	4,21%	5,45%	4,71%	1,58%	3,11%	2,20%
Travail du sexe	0,53%	0,00%	0,31%	7,63%	0,00%	4,55%
Travail journalier	5,79%	6,61%	6,12%	15,53%	17,51%	16,33%

En ce qui concerne les personnes vivant avec un handicap, la majorité des personnes consultées estiment qu'elles doivent mendier pour vivre quand elles n'ont pas d'activités rémunérées. Pour cette catégorie, les femmes et les filles se démarquent car elles sont plus nombreuses à penser que les femmes vivants avec un handicap doivent effectuer du travail de sexe pour subvenir à leurs besoins.



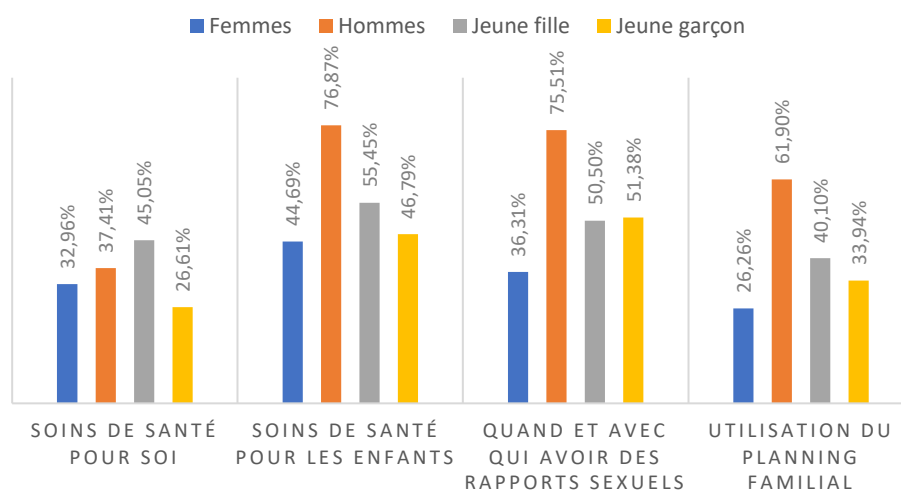
Graphique 5 : Moyens de subsistance des personnes en situation de handicap selon le sexe et l'âge

3.3 Prise de décision

3.3.1 Prise de décision au niveau du ménage

Décision liées à la santé

Les données collectées révèlent que les femmes sont les moins impliquées dans la prise de décision concertée notamment pour des aspects liés à la santé sexuelle et reproductive en particulier en ce qui concerne la l'utilisation du planning familial.



Graphique 6 : Participation à la prise de décision pour la santé sexuelle et reproductive selon le sexe et l'âge

Prise de décision dans la gestion de revenus

Davantage de femmes que d'hommes estiment pouvoir prendre la décision dans l'achat ou la vente des actifs de manière unilatérale. Cela est dû au fait que le petit commerce constitue l'un des moyens de subsistance auquel les femmes ont le plus recours tout comme les jeunes garçons. En ce qui concerne la prise de décision pour la réalisation des activités économique toutes les catégories indépendamment du sexe et de l'âge sont impliquées dans la prise de décision. En outre, il convient de souligner que l'accès aux revenus est perçu comme étant une source de pouvoir au sein des familles.

Tableau 4 : Prise de décision sur la gestion des revenus et des actifs

Prise de décision unilatérale	Femmes	Hommes	Jeune fille	Jeune garçon
Travailler pour gagner de l'argent	69,27%	64,63%	47,52%	73,39%
Achat ou vente des actifs	55,87%	32,65%	29,21%	44,95%

3.3.2 Participation et leadership au niveau communautaire,

En ce qui concerne la participation à la prise de décision au niveau communautaire, globalement, 66,5% (dont 65% des femmes/filles et 70% des hommes) estiment que les femmes sont impliquées dans la prise de décision tandis que ce taux s'élève à 65% (dont 63% des femmes/filles et 70% des hommes/garçons) en ce qui concerne l'implication des PVH dans les processus de prise de décision au niveau communautaire notamment en ce qui concerne la protection et la sécurité. En faisant une analyse par district de santé, Il existe une différence considérable en ce qui concerne l'implication des PVH à Santchou (37%) par rapport à la Mifi (63%).

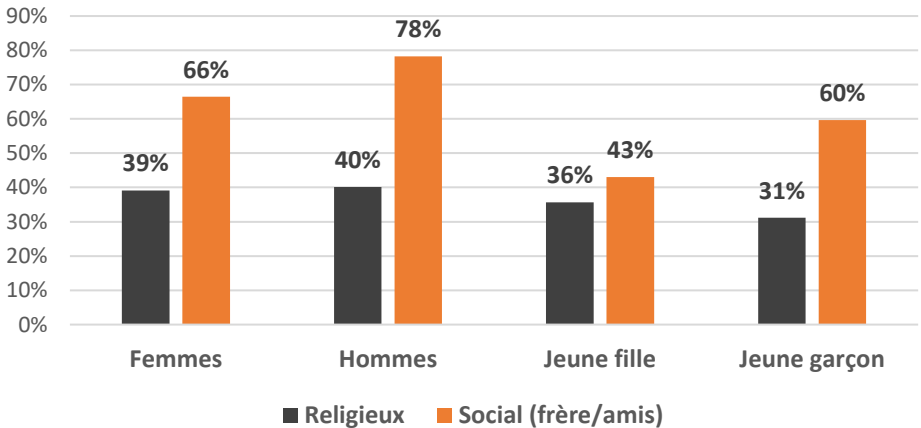
Ces proportions qui peuvent sembler acceptable à l'observation laisse penser que cette participation à la prise de décision pourrait se limiter à l'invitation des femmes et les PVH dans ces instances sans qu'elles ne soient véritablement consultées lors de la prise de décision.

En effet, le FDG avec les femmes PDIs de la District de santé de Santchou affirment que **« les femmes n'ont pas la parole face aux hommes, la coutume ne le permet pas, à cause de leur position de femme »** ; de même, les femmes hôtes de la Mifi confirment que : **« elles sont rarement consultés pour la résolution des problèmes communautaires, elles ont leurs réunions du bloc ou elles débâtent sur des problèmes de la communauté et portent leurs propositions d'idées au près des hommes qui étudient et mettent en pratique si nécessaire.»** Cette perception se confirme avec les avis des hommes tirés des FGD qui pensent que : **« elles n'ont pas de capacité, elles n'ont pas la place, elles ne sont points concernés sur les aspects protection et sécurité, elles ont peur et ne sont pas impliquées. »**

Sur le plan communautaire, une fois encore, les hommes enquêtés sont mieux représentés que les femmes, jeunes filles et garçons.

Les femmes PDIs pensent que : **« dans notre communauté, les responsabilités sont prises par les chefs de quartiers, chefs de blocs, et dans certains cas par les plus âgés »**

On remarque cependant que l'implication dans le milieu religieux est quasiment à la même proportion quel que soit le sexe ou l'âge. La situation n'est pas la même pour les associations à caractère social.



Graphique 7 : Adhésion selon le sexe et l'âge aux différents types d'association

S'agissant de la participation aux causeries éducatives, seulement 25% pourcents des personnes consultées ont déclaré avoir déjà participé à une session sur les VBG.

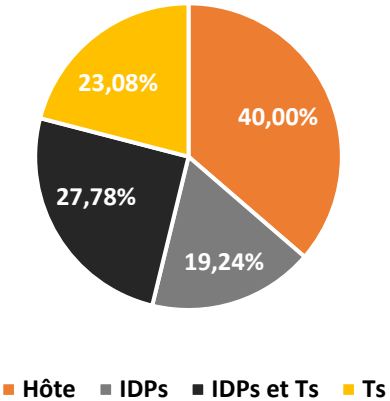


Figure 10: Catégories de personnes qui participent aux causeries ou débat en communauté

On note ici une forte représentativité des population populations hôtes et PDIs au détriment des TS à ces sessions avec une représentativité de supérieure pour les femmes (52%) par rapport aux hommes (48%).

Pour la majorité des personnes n'ayant jamais participé à cette activité les éléments justificatifs les plus souvent avancés sont le faible intérêt, le manque de temps ou encore la non-information sur le lieu de la réalisation de l'activité. À la lumière de ce constat, on pourrait déduire que le faible intérêt soit lié à faible perception du but de cette activité ainsi que de l'impact qu'elle pourrait avoir sur le renforcement de la cohésion sociale étant entendu l'information est la ressource pour laquelle l'accès s'est amélioré.

Ceci interpelle l'unité de gestion de projet en général mais plus encore les relais communautaires à respecter la démarche de dialogue communautaire qui suscite des réflexions chez les participants en vue de l'identification des solutions endogènes aux problèmes qu'ils rencontrent au quotidien.

A la question pensez-vous qu'une femme puisse être présidente d'un comité de protection, seulement 47,5% des enquêtés ont répondu par l'affirmative. Pour la même question en ce qui concerne les PVH 59% pense qu'ils n'en sont pas capables. Cette perception est comprise par les PVH comme découlant d'une assimilation du handicap à une incapacité à exercer un leadership

« Parce qu'on pense que nous n'avons pas l'autorité de parler fort » PVH de la Mifi quartier Djunang.

Le tableau ci-dessous présente les raisons évoquées par les répondants qui estiment que les femmes et les PVH ne sont pas capables d'occuper cette fonction.

Tableau 5 : Raison pour lesquelles les femmes et les PVH ne peuvent pas être présidente du comité de protection

	Avis des femmes	Avis des hommes
Pensez-vous qu'une femme puisse être présidente du comité de protection dans votre quartier/village ?	<p>Est-ce que la femme a la force pour protéger les gens, Pas impliqué/ Pas sollicité Par ce que c'est l'homme qui a l'autorité sur la femme A cause de la force physique des hommes Je n'ai jamais vu depuis ma naissance Par ce qu'elle est de sexe faible Puisque c'est un travail risqué pour les femmes La voix de la femme n'a pas d'autorité et le pouvoir face aux hommes</p>	<p>Les femmes n'ont pas souvent du temps La femme ne peut prendre une certaine décision sans que les hommes connaissent Quand on parle de protection on parle de force et charisme, cette fonction serait mieux assurée par des hommes Par ce que l'homme a l'autorité sur la femme Par ce que les femmes n'ont pas de force physique pour se défendre en cas de problème La femme est de nature fragile pour tenir certaines responsabilités sociales, les hommes ont une aptitude à contrôler les situations La femme ne prend pas la décision quand les hommes sont là La femme ne peut pas donner les décisions strictes</p>

	Avis des femmes	Avis des hommes
		Les femmes n'ont pas de force pour protéger la communauté C'est l'homme qui a l'autorité sur la femme
Pensez-vous qu'une PVH puisse être présidente du comité de protection dans votre quartier/village ?	Parce qu'il ne peut pas être actif sur le terrain au moment du danger Ils n'auront pas la capacité de se défendre face au danger Discrimination Les handicapés n'ont pas de force physique pour ce type d'activité Incapacité à pouvoir travailler	Pas de possibilité de résoudre le problème Par ce qu'il ne doit pas être actif lors qu'il y a danger Ils ne pourraient pas réagir comme les autres Par ce que les handicapés de notre communauté sont encore des enfants Par ce qu'ils ont un déficit moral, ils ne peuvent pas gérer les problèmes communautaires Est-ce qu'un handicapé peut poursuivre un bandit, ils sont plus doués pour des métiers qui ne nécessitent pas de force Il va prendre la force ou pour protéger la population

3.4 ACCES AUX SERVICES

3.4.1 Service de santé

Dans l'ensemble les services de santé sont difficilement accessibles pour les personnes consultées comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Tableau 6 : Accès aux services de santé selon l'âge et le sexe dans les districts de santé

Accès aux services des santé	Santchou	Mifi	Ensemble
Femmes	9%	22%	18%
Hommes	10%	14%	13%
Jeune fille	12%	24%	20%
Jeune garçon	7%	9%	8%
Ensemble	37%	69%	59%

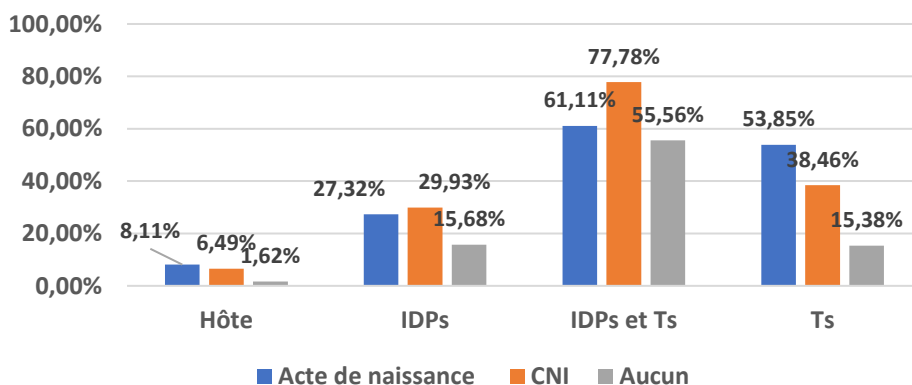
L'insuffisance de ressources financières est la raison évoquée quel que soit le sexe et l'âge ainsi que l'indisponibilité d'un prestataire qui s'exprime en anglais.

3.4.2 Disponibilité des documents d'état civil

Globalement dans la District de santé de Santchou et la Mifi, 12,72% des personnes enquêtées ne disposent d'aucun document d'état civil. Au cours de cette étude, sur 437 personnes ayant participé à l'enquête, 65 personnes seulement ont déclaré

aucun document d'état civil. On note cependant que le besoin se fait plus ressentir dans la District de santé de Santchou (8%) par rapport à la Mifi (15%).

Lorsque l'on procède à l'analyse de ces données selon les catégories de personnes ciblées par l'étude on constate que les personnes qui possèdent le moins de document civil sont les PDIS/TS.



Proportion des personnes enquêtées disposant des documents d'état civil par district et par statut

3.4.3 Accès aux comptes de téléphonie mobile

Le réseau de communication le plus utilisé dans les districts d'intervention du projet est celui de MTN avec 91,84% d'utilisateurs, contre 34,22% utilisateurs pour le réseau orange. Il importe de noter que 4,24% de ces personnes n'utilisent aucun de ces deux réseaux. Bien que les réseaux de communication couvrent pratiquement tous les sites du projet, il en demeure que leur accès reste difficile pour certaines personnes (problèmes financiers pour l'acquisition d'un téléphone, absence de CNI pour s'acquérir d'une carte SIM).

Tableau 7 : Réseaux de télécommunications les plus utilisés

Les réseaux de communication	Ménoua	Mifi	Ensemble
Orange	15,50%	42,79%	34,22%
MTN	94,50%	90,62%	91,84%
Aucun	5,50%	3,66%	4,24%

78,96% des personnes consultées au cours de cette étude possèdent des comptes Mobile Money contre 27,47% pour le compte Orange Money. S'agissant de l'identité des comptes Mobile, seulement 25,43% des personnes enquêtées affirment disposer les comptes Mobile Money en leur nom. 32,04% de personnes consultées dans la Mifi disposent de compte identifier en leur nom contre 11,00% dans la District de santé de Santchou ; une situation en corrélation avec la disponibilité des CNI ci-dessus évoquées.

3.4.4 Mécanisme de Feedback

Dans l'optique de mettre en place un mécanisme redevabilité adapté aux besoins et capacités des bénéficiaires, l'étude a exploré les préférences des populations ciblées. Ainsi, de l'avis des personnes interviewées les outils classés par ordre de préférence portent sur l'usage des appels ou sms, le recours au comité de gestion des plaintes et enfin les boites à suggestions.

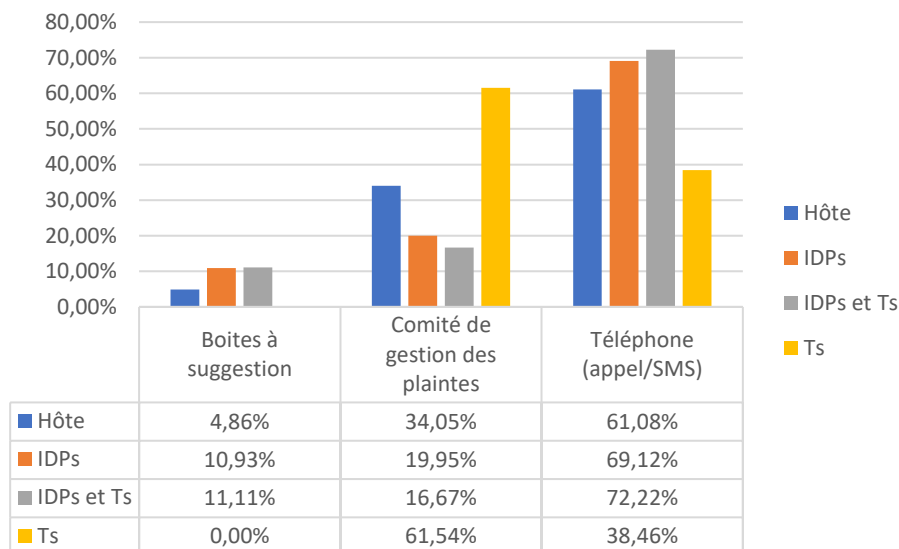


Tableau 8 : Choix sur le mécanisme approprié pour les feedbacks

3.5 SECURITE ET PROTECTION

3.5.1 Types de VBG

La collecte s'est penchée sur le type de VBG qui existent au sein des différentes communautés. Il en ressort que la moitié (51%) des personnes interrogées et les femmes en particulier a déclaré avoir subi au moins une fois VBG. Les cas les plus récurrents étant, observés chez les PDIs/Ts sont les violence psychologique (100%) et la violence physique (77,78%) et chez les TS, les violences psychologique, violence sexuelle et exploitation sexuelle pour 61.54 % d'entre elles suivi des violences physiques.

Tableau 9 : Types de VBG identifiées en communauté

Type de VBG	Hôte	PDIs	PDIs et Ts	Ts	Ensemble
Violence physiques	12,43%	27,32%	77,78%	61,54%	25,12%
Harcèlement sexuel	12,85%	0,00%	13,86%	1,83%	8,32%
Violence psychologique	35,68%	74,11%	100,00%	84,62%	63,89%
Violence sexuelle	3,24%	5,94%	77,78%	61,54%	8,32%
Exploitation sexuelle	2,16%	2,85%	66,67%	53,85%	5,49%
Déni de ressource	7,03%	8,55%	16,67%	7,69%	8,32%

3.5.2 Expérience de la violence physique entre partenaire

Les échanges avec les membres de la communauté révèlent que quelques personnes conçoivent que l'homme a le droit de frapper sur sa conjointe dans certaines circonstances comme le révèle le tableau ci-dessous.

Tableau 10 : Circonstances dans lesquelles il est admis qu'un homme frappe sur sa conjointe

Circonstance	Femme	Homme	Ensemble
Si elle sort sans lui dire	19,21%	21,01%	19,94%
Refus d'avoir des rapports sexuelles	4,74%	3,50%	4,24%
Si elle se dispute avec lui	9,21%	11,67%	10,20%
Si elle a mal cuisiné	2,89%	1,17%	2,20%
Si elle s'occupe mal des enfants	32,11%	41,25%	35,79%

Dans l'ensemble, 35,79% des personnes dont (32,11% de femmes) consultées estiment qu'un homme devrait porter la main sur sa conjointe si elle s'occupe mal des enfants. De même, 19,21% de femmes estiment qu'une femme devrait être frappé si cette dernière sort de la maison sans la permission de son conjoint.

3.5.3 Assistance en cas d'incident de VBG

Des personnes ayant déclaré avoir subi une violence, 30% ont déclaré avoir en parlé à quelqu'un, dans la plupart du temps aux amis et membre de la famille et dans très peu de cas aux forces de maintien de l'ordre et autres acteurs intervenants dans la lutte contre les violences basées sur genre.

Tableau 11 : Personnes consultées suite à une VBG

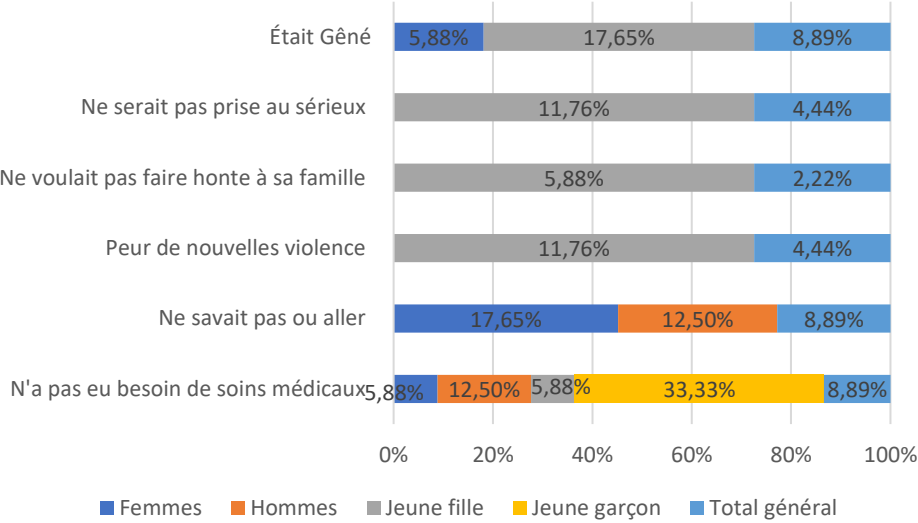
A qui en avez-vous parlé ?	Femmes	Hommes	Jeunes filles	Jeunes garçons	Ensemble
Partenaire	10,06%	23,13%	18,81%	9,17%	15,70%
Membre de la famille de sexe masculin	11,73%	12,93%	7,43%	12,84%	10,83%
Membre de la famille de sexe féminin	15,64%	8,84%	11,88%	11,01%	12,09%
Police	0,56%	1,36%	0,99%	0,00%	0,78%
Chef traditionnel	2,79%	2,04%	0,50%	2,75%	1,88%
Ami	18,44%	21,77%	17,33%	22,02%	19,47%

Comme on peut le constater, un nombre insignifiant de survivant de VBG s'est orienté vers la police ou les chefs traditionnelles pour rechercher une assistance, notamment en raison du fait que ceux qui l'ont déclaré l'avoir fait ont soit été stigmatisés, soit ignorés ou encore du caractère familial que l'on souhaite attribuer à l'incident.

Cette déclaration des femmes PDIs illustre ces faibles taux observés : « **Lorsque le viol est fait en famille, entre frère et sœur, les membres de la famille préfèrent l'arrangement à l'amiable, mais lorsque c'est un étranger, il est facile de dénoncer** ».

De même, seulement 7% de personnes ayant déclarées avoir été victime de VBG ont déclarées avoir recherché une assistance médicale.

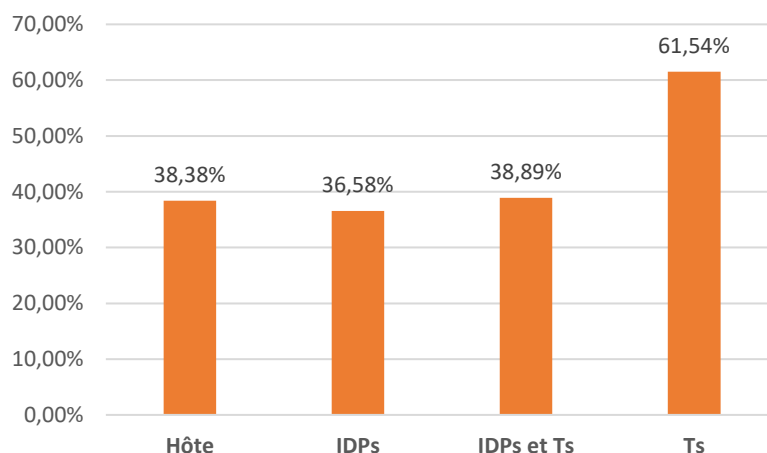
Le graphique ci-dessous présente les raisons pour lesquelles les victimes ne se sont pas orientées vers des formations sanitaires.



Graphique 8 : Raisons évoquées pour justifier le non-recours aux soins.

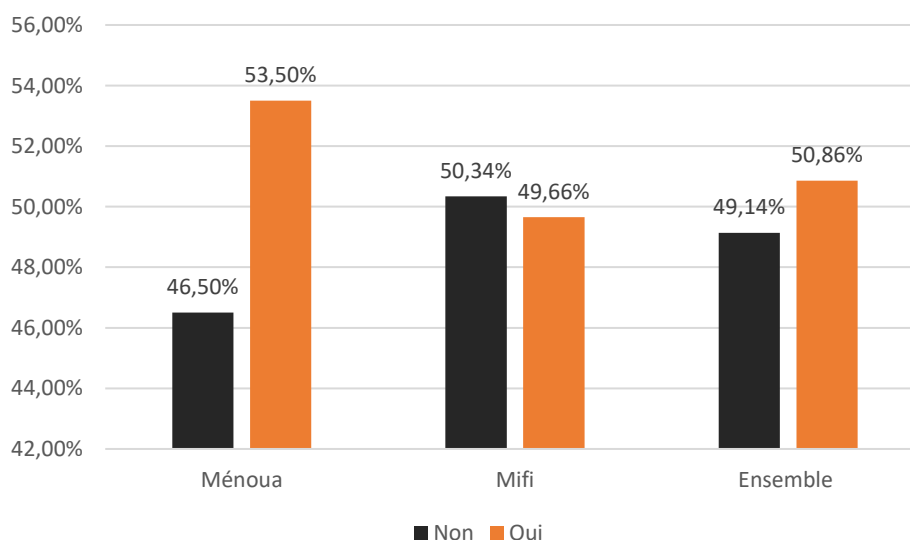
Ces constats montrent à suffisance la nécessité de renforcer les séances de sensibilisation en direction des membres de la communauté et même des prestataires de services

En effet, seulement 35% des personnes enquêtées ont déclaré avoir participé à une séance de sensibilisation sur les VBG au cours des 12 mois ayant précédés la collecte des données et seulement 37% d'entre eux estiment que cette activité était utile bien que le chiffre soit plus élevé chez les TS.



Graphique 9 : Pourcentage des personnes qui pensent que les activités d'information liées aux VBG sont utiles.

Dans l'ensemble, 50% des personnes interrogées affirment ne pas connaître les mécanismes et services de réponse aux questions de violence. Ce niveau de connaissance est plus faible dans la Mifi où 49,66% des personnes interrogées n'ont aucune information y afférente. Ce faible niveau de connaissance peut s'expliquer par la faible présence des organisations engagées dans la promotion des informations sur la VBG.



Graphique 27 : Connaissance des mécanismes et services pour répondre aux questions de violences

Il convient également de préciser que les femmes (48,16%) comparées aux hommes (54,86%) sont moins informées de l'existence des mécanismes et services d'appui aux survivantes de VBG.

En termes de prévention, seulement 37,21% de personnes consultées (dont 38% parmi les femmes et 35% parmi les hommes) ont identifiée au moins deux moyens pour prévenir les VBG, et notamment la connaissance des VBG l'autonomie financière des personnes vulnérables.

3.6 NORMES, CROYANCES ET PRATIQUES

Les normes, croyances et pratiques explorées dans le cadre de cette étude sont prioritairement celles liées aux violences basées sur le genre.

« La femme idéale, est soumise et s'en tient aux décisions prises par l'homme »

La culture des sites ciblés par l'étude accorde à la femme un rôle important dans la famille du fait de sa participation au bien-être de la famille (Faire des repas, éduqué les enfants, etc...). Néanmoins, ce rôle s'éclipse lors qu'il s'agit de prendre des décisions de nature publique.

« "Un homme" consomme de l'alcool »

La virilité ou la masculinité des hommes s'expriment à travers leur capacité à consommer de l'alcool. Cette norme véhiculée dans les communautés conduit les hommes à trainer dans les bars jusqu'à des heures tardives, certains sous la pression de leurs pairs qui font prévaloir le droit des hommes de diriger le ménage et non de se faire diriger par sa compagne.

▪ Légitimité de l'adultère et ou de la polygamie

Le fait que les hommes aient des relations extra conjugales, sans que le mariage soit officialisé semble aussi courant que la polygynie. La majorité des femmes et quelques hommes ont exprimés au cours des focus group qu'il s'agit des pratiques qui pourraient susciter des violences au sein de la communauté. Certaines femmes déclarent n'avoir d'autres solutions que d'accepter dans le contexte où les aînés et les garants de la tradition encourage les femmes à supporter la situation.

▪ Le recours des femmes vers les marabouts

Cette pratique a été évoqué tant par les personnes de sexe féminin que de sexe masculin comme pouvant générer des violences dans la communauté. En effet, pour obtenir ce qu'elles désirent où « empêcher leur compagnon/compagne de faire recours à l'infidélité » certaines personnes succombent aux tentations des marabouts féticheurs qui se révèlent souvent grands escrocs et charlatan. Les revenus du ménage en sont souvent spoliés et parfois les déclarations mensongères de ces derniers conduisent à du déni de ressources ou même des violences physiques entre partenaire.

- **Les femmes n'exercent pas l'autorité sur le plan communautaire**

Le rôle dévolu aux femmes relève de l'exécution des décisions prises par les hommes au niveau communautaire. De ce fait, elles ne sont pas éligibles selon la loi traditionnelle à diriger des hommes.

- **Acceptabilité de la violence physique entre partenaire intime comme moyen de résolution des conflits**

Bien qu'une minorité d'homme et de femmes ont évoqués leur désaccord au cours des focus group, pour la majorité, il s'agit d'un sujet intime. En effet dans les deux districts ciblés il est très mal perçu de procéder à une dénonciation pour « une gifle ».

- **Les opportunités lucratives pour les adolescents entravent leurs accès à l'éducation**

Il existe un phénomène répandu de mobilité saisonnière des garçons et jeunes hommes à qui partent vers les villages voisins ou dans les grandes villes à la recherche d'opportunités économiques. Ces garçons se retrouvent exclus du système scolaire dans une situation de vulnérabilité, car ils sont fortement exposés à des risques tels que le banditisme, le vol et l'enrôlement par les groupes armés.

- **La stigmatisation des survivantes et survivants des VBG par les communautés**

La perception des survivantes des VBG par la communauté est diversifiée, selon le type de

VBG. En ce qui concerne le viol ou agression sexuelle, les personnes survivantes sont souvent considérées comme responsable de l'incident. Cette situation conduit ces personnes à ne pas dénoncer de peur que la divulgation n'aboutisse à un divorce ou à un rejet par les membres de la communauté.

3.7 BESOINS ET ASPIRATIONS

La crise sécuritaire du NOSO a accentué la vulnérabilité des femmes, filles, hommes et garçons. Le déplacement des populations a modifié la composition de certains ménages de sorte que certaines femmes subviennent toutes seules aux besoins de leur maris, enfants et personnes âgées. Cette situation est également ressentie dans le cas de cette étude puisque tous les groupes consultés citent comme personnes particulièrement vulnérables : les femmes ; les enfants, et les personnes en situation de handicap. Quelques particularités sont évoquées par les hommes de Santchou qui évoquent les hommes âgés, et les orphelins. Subséquemment, les besoins varient selon le sexe et l'âge.

Besoins et aspirations district de la Mifi

Statut	Hommes	Femmes	Ts
Hôte	<ul style="list-style-type: none"> - Frais Médicaux soient revus à la baisse dans les hôpitaux, - Frais scolaires soient revus à la baisse 	<ul style="list-style-type: none"> - Frais médicaux soient revus à la baisse dans les hôpitaux, - Frais scolaires soient revus à la baisse, - Prévoir des emplois pour les jeunes oisifs 	<ul style="list-style-type: none"> -Bourses de formation aux jeunes qui sont oisifs, -Mise sur pied des activités génératrices de revenus
Déplacés	<ul style="list-style-type: none"> -Bourses de formation aux jeunes qui sont oisifs, -Mise sur pied des activités génératrices de revenus 	<ul style="list-style-type: none"> -Frais médicaux soient revus à la baisse dans les hôpitaux, -Frais scolaires soient revus à la baisse, -Emplois pour nous PDIS car ils traversent d'énorme difficultés 	

Besoins et aspirations district de Santchou

Statut	Hommes	Femmes	TS
Hôte	<ul style="list-style-type: none"> - Vestimentaire ; - Voirie urbaine ; - Construction des écoles ; - Centre commercial 	<ul style="list-style-type: none"> - Education, - santé, 	<ul style="list-style-type: none"> - Education, - santé, - Sécurité, - Hygiène de la population
Déplacés	<ul style="list-style-type: none"> - Non alimentaire - Vestimentaires, - Matériaux de travail - Maison habitable 	<ul style="list-style-type: none"> -Education 	<ul style="list-style-type: none"> -Non alimentaire ; -Travail, -Fonds de commerce

CONCLUSION

Malgré les efforts menés par les acteurs présents dans la zone d'intervention, les populations ciblées par l'étude font face à de nombreux défis pour exercer leurs droits. Le processus de renforcement du cadre juridique national entamé à travers la stratégie nationale de lutte contre les VBG traduit une progression en faveur de la protection des groupes vulnérables en général et des filles/femmes en particulier. Néanmoins, des défis liés aux facteurs structurels et culturels engendrent des barrières au plein exercice des droits. L'un des défis majeurs s'avère être l'engagement effectif des services de sécurité et leaders communautaires tant dans la prévention que de la prise en charge des cas de VBG. Il en est de même pour la pleine participation des femmes et des personnes en situation de handicap à la prise de décision sur les questions de protection. Subséquemment, les recommandations ci-dessous énoncées ont pour objectif de fournir des pistes d'actions en vue de contribuer à réduire la prévalence des obstacles à l'exercice des droits par les personnes vulnérables.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, nous avons formulés quelques recommandations :

Institutions étatiques :

- ✓ Mettre en place des mesures spécifiques pour faciliter l'accès à la documentation civile pour limiter l'exposition aux risques d'abus et exploitations sexuelles (ministère de la Justice, des hôpitaux, des Mairies et du BUNEC pour pérenniser l'action et faciliter la documentation civile des personnes déplacées internes) ;
- ✓ Envisager des options de mobilisation de ressources pour effectuer à des fréquences périodiques des campagnes de prise en charge qui pourraient inclure la gratuité des services de santé sexuelle et reproductive y compris la prise en charge des VBG.

ONG :

Collecter et faire des analyses des données ventilées en tenant compte du handicap. La disponibilité de ce type d'analyse facilite la prise en compte de cette catégorie de personnes.

Soutenir les communautés hôtes en tant que partie intégrante de la réponse humanitaire au vu des similarités observées dans les vulnérabilités.

Mettre en œuvre des interventions stratégiques visant à accroître l'autonomie, y compris des projets visant à renforcer les compétences des femmes et des personnes en situation de handicap en matière de moyens de subsistance, l'accès aux services financiers et autres services liés au travail, et les possibilités d'emploi sûr et décent.

La VBG en tant que problème transversal apparaît dans différents domaines tels que la division domestique du travail, les moyens de subsistance, la protection des enfants

(y compris l'accès à l'éducation) et l'accès aux services ; par conséquent, les liens et la coordination avec d'autres secteurs sont cruciaux dans la réponse à la VBG tout comme un soutien financier pour consolider cet espace de coordination.

Investir sur la prise en charge de qualité des cas de VBG (renforcer le pré-positionnement des kits post viols, formation du personnel, la conduite des cliniques médicales, juridiques) pour accroître l'accès aux services offerts aux personnes survivantes de VBG.

Le mécanisme de réponse communautaire à la VBG sous le lead des membres de la communauté pas uniquement la société civile (y compris l'orientation) doit être renforcé pour une identification précoce et une orientation sûre, car la violence domestique et le risque de violence sont mis en évidence comme des normes dans les communautés.

Mettre un accent sur la protection des enfants face aux difficultés financières qui constituent un obstacle important à l'accès des enfants à l'éducation, quel que soit leur sexe. Cette situation accroît leurs risques d'exposition au mariage précoce et au travail des enfants.

Faire la promotion des normes sociales positives pour prévenir la violence au sein des couples (résolution des conflits, répartition équilibrée du travail domestique, masculinité positive construction d'actifs sociaux des filles), en mettant l'accent sur les groupes de femmes et filles les plus vulnérables ainsi que les personnes handicapées.

CARE :

S'assurer que tout le personnel de CARE et de ses partenaires, ainsi que les bénévoles, ont été informés et sont conscients de leurs responsabilités en matière de prévention de l'exploitation et de la violence sexuelles, et qu'ils ont signé le Code de Conduite et la Politique de prévention de l'exploitation et de la violence sexuelles (PSEA).

Mettre en place un mécanisme de redevabilité des actions qui respecte la confidentialité et la sécurité des informations des victimes en lien avec les préférences exprimées par les communautés ciblées (ligne verte, mécanisme de plaintes).

Mettre en place des mesures des incitatives et spécifiques pour faciliter la participation tant des hommes que des femmes aux activités visant à modifier les normes sociales néfastes

Utiliser une approche d'exploration pour travailler sur les normes qui perpétuent les violences afin d'inciter les groupes communautaires et les individus à réfléchir de manière critique pour les remettre en cause.

Veiller à disposer de relais communautaire respecté et équilibré entre les genres (hôtes, déplacés, personnes en situation de Handicap)

Développer un modèle de suivi participatif des agents relais communautaires sur les attitudes et les compétences afin de renforcer leur légitimité et leur efficacité.

Collecter des images et/ou témoignages de l'efficacité ou avantages des comportements inculqués ou souhaités selon les sexes.

Effectuer un suivi des risques et les besoins de protection (changements dans l'accès aux droits, à la sûreté, à la sécurité) identifiés à partir de l'analyse de genre seront suivis par le biais des évaluations à mi-parcours et finales, et du suivi de routine (par exemple, les visites de suivi, les données sur les activités/services, les discussions de groupe, les mécanismes de retour d'information communautaires).

Inclure systématiquement dans les rapports d'activité, les analyses des effets inattendus des actions du projet sur les bénéficiaires et engager des messages de sensibilisations et autres actions d'atténuation appropriée.

ANNEXE 1: Valeur Baseline des indicateurs d'impact du projet

Indicateurs d'objectif Spécifique/impact :	Cible	Valeur Baseline
Indicateur 1.1 : % de bénéficiaires déclarant que l'aide humanitaire est fournie de manière sûre, accessible, responsable et participative	90%	20%

Indicateur 1.2 : % des populations cibles qui identifient au moins 2 moyens de prévention des VBG	90%	37,21
--	-----	-------

ANNEXE 2: Termes de reference de étude de Base

CONDUITE DE L'ETUDE DE BASE ET L'ANALYSE GENRE /LA FORMATION DES ACTEURS DU PROJET PASEPRO TERMES DE REFERENCE

1. Contexte et justification de l'intervention

Depuis le début du conflit ouvert dans le Nord-Ouest et le Sud-Ouest (NOSO) du Cameroun en 2017, on a enregistré les déplacements en interne de 711 000 personnes et de 66 000 vers le Nigéria voisin (ECHO, octobre 2021). Parmi ces personnes déplacées internes (PDI), la majorité – 592 600 personnes – sont déplacées dans le Nord-Ouest et le Sud-Ouest (NOSO) (OCHA, juillet 2022). Cependant, 166 225 PDI ont également trouvé refuge dans les régions limitrophes au NOSO – l'Ouest et le Littoral. Ainsi, l'Ouest du Cameroun accueille 84 927 PDI (UNHCR, juillet 2022), principalement concentrés dans 4 départements : les Bamoutos (22 131), le Noun (19 061), la District de santé de Santchou (18 761) et la Mifi (11 091) (OCHA, août 2021). La relocalisation de PDI dans la région Ouest du Cameroun s'explique avant tout par la proximité géographique avec le lieu d'origine, la sécurité de la région par rapport au lieu d'origine et dans une moindre mesure le regroupement familial et la recherche d'opportunités économiques.

D'après le HRP 2022, 250 000 personnes dans la région de l'Ouest ont besoin d'une aide humanitaire urgente (OCHA, avril 2022). Malgré les engagements pris dans le HRP 2021 pour mettre en place une réponse robuste et multisectorielle pour les PDI du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, les objectifs n'ont pas pu être atteints en raison du manque de présence humanitaire opérationnelle dans l'Ouest et au Littoral. Ce manque de présence d'acteurs humanitaires combiné aux ressources limitées allouées à ces deux régions on laissé la plupart des personnes affectées sans assistance.

A l'Ouest, le mauvais fonctionnement et le faible accès à certains services sociaux de base posent des problèmes de protection pour les populations hôtes et PDI. Elles sont confrontées à de nombreux incidents de protection dans leur lieu d'accueil comme le vol (46%), l'absence de documentation civile (38%), les grossesses précoces (32%), l'exploitation économique (21%), l'abus de drogue (16%), la séparation familiale (8%), la discrimination (11%), la stigmatisation par la communauté hôte (7%), le recrutement d'enfants (6%), les VBG (6%), le mariage des enfants (4%) (OCHA, août 2021). Si les hommes et les garçons sont plus exposés aux violences physiques, à la consommation de drogues, au travail forcé ou à l'abandon de l'éducation (CARE, décembre 2021), les femmes et les filles rapportent davantage subir des violences sexuelles (18%), de la violence domestique (13%), des mariages forcés (10%) et du trafic humain (1%) (OCHA, août 2021). Dans les départements de la Mifi et du Noun près du quart des PDI interrogées par OCHA, ne savent pas où rapporter les problèmes de sécurité et de protection.

Aux problèmes de protection, s'ajoutent des difficultés pour vivre de manière décente. L'arrivée des PDI à l'Ouest a en effet exercé une pression sur des ressources, des services de base et

des biens déjà limités. 72% des PDI interrogés par CARE rapportent avoir mis en place des mécanismes d'adaptation néfastes pour faire face à leurs besoins alimentaires. 9% des femmes et déclarent avoir recours au travail du sexe comme stratégie d'adaptation (OCHA, août 2021). En plus de la stigmatisation vécue, les personnes pratiquant le travail du sexe (TS) sont fortement exposées à divers risques de protection, notamment l'exploitation, les VBG et les arrestations arbitraires (CARE, décembre 2021).

Il est estimé que de 13 à 35% des PDI dans l'Ouest vivent dans des familles d'accueil. 62% des PDI interrogés par CARE à l'Ouest et au Littoral rapportent vivre dans des conditions précaires (dortoir d'occasion surpeuplé mis à disposition par d'autres PDI, manque d'accès aux latrines) (CARE, décembre 2021). Le manque d'accès à des logements dignes expose les femmes au manque d'intimité et à des risques de violences basées sur le genre (VBG).

Dans le cadre de sa stratégie pluriannuelle 2022-2027, CARE Cameroun envisage toucher 250 000 personnes affectés par les crises, à travers une réponse humanitaire sensible aux questions de genre. Cet effet et au regard de la situation décrite plus haut, la réponse proposée par CARE Cameroun dans le cadre de ce projet vise non seulement à augmenter la coordination entre les acteurs étatiques et humanitaires, mais également à favoriser des solutions pérennes et durables pour la protection des personnes affectées par le conflit du NOSO à l'Ouest du Cameroun ; notamment via l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base et à la prise en charge de qualité des personnes affectées et survivantes d'incidents de protection et de VBG, mais aussi s'attaquer aux causes profondes des manifestations visibles des violences et des VBG à travers des approches transformatives des normes sociales et de genre, adaptées au contexte humanitaire ; y compris l'appui au renforcement de la coordination des interventions humanitaires dans la zone

Afin d'identifier les personnes (femmes et filles PDIS et TS) en situation d'extrême vulnérabilité susceptible de bénéficier des interventions et de fixer une base de suivi des indicateurs du projet, il est prévu de conduire une étude de base objet des présents TDR.

2. Présentation du projet PASEPRO

Intitulé du projet	Projet d'accès aux services de protection pour les populations déplacées par le conflit du Nord-Ouest et du Sud-Ouest du Cameroun et des populations hôtes à l'Ouest du Cameroun (PASEPRO)
Objectif général	Améliorer l'accès à des services essentiels de protection pour les populations les plus vulnérables affectées (populations déplacées et hôtes) par les conflits des régions du Nord-ouest et Sud-ouest au Cameroun dans les zones avoisinantes (Ouest) grâce à une réponse humanitaire coordonnée.
Objectifs Spécifiques	Prévenir et répondre aux risques de violence, abus et exploitation encourus par les personnes déplacées internes ainsi que les populations vulnérables de la communauté d'accueil à travers des mécanismes communautaires et une meilleure coordination des acteurs
Durée	De 15/10/2022 à 15/01/2024 Nombre de mois : 15 mois
Zones d'intervention	Cameroun, Ouest, départements de la Mifi et de la District de santé de Santchou – Districts sanitaires de la Mifi et de Santchou

Bénéficiaires	<p>Le projet visera directement et sans double comptage 8 935 personnes, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 8640 personnes (50% hommes ; 50% femmes ; 30% population hôte ; 70% PDI) ● 60 personnels étatiques et chefs traditionnels (80% hommes ; 20% femmes ; 65% population hôte ; 35% PDI) ● 150 enfants de moins de 6 mois et 45 enfants de moins de 16 ans pour l'obtention d'actes de naissances (50% garçons ; 50% filles ; 30% population hôte ; 70% PDI) ● 30 relais communautaires (50% hommes ; 50% femmes ; 30% population hôte ; 70% PDI) et 10 TS (100% femmes ; 30% population hôte ; 70% PDI).
Financement sollicité	600 000 EUR
Partenaire d'exécution	<ul style="list-style-type: none"> ● CARE Cameroun : récipiendaire principal ● Horizons Femmes : sous-réceptiendaire

Objectifs, résultats et activités	Indicateurs
<p>Objectif spécifique : Renforcer la protection et l'accès à des services de santé de qualité pour les populations les plus vulnérables à travers le plaidoyer et une approche communautaire intégrée, adaptée au contexte C19, et en accord avec les principes humanitaires dans les départements de la MIFI, District de santé de Santchou, Moungo et Wouri</p>	<p>% de bénéficiaires déclarant que l'aide humanitaire est fournie de manière sûre, accessible, responsable et participative (KRI)</p> <p>% des survivant.e.s de VBG qui ont reçu au moins un service de prise en charge</p>
<p>Résultat 1 Au moins 16 632 femmes, hommes, garçons et filles ont un accès accru aux services de santé de qualité en prévention et prise en charge en lien avec la nutrition, la santé mentale et la santé sexuelle et reproductive en contexte épidémique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (KRI) Nombre de cas de SVBG ayant reçu des soins dans les 72 heures (KRI) ▪ Nombre de naissances vivantes effectué par un personnel qualifié ▪ Nombre d'enfants de moins de 5 ans admis pour le traitement de la malnutrition aigüe sévère ou modérée y compris les enfants affectés par le VIH ▪ Nombre de personnes vulnérables selon le sexe et le statut orientés vers des services spécialisés de santé mentale, et pris en charge
<p>Résultat 2 Au moins 10970 personnes déplacées internes ainsi que les populations vulnérables de la communauté d'accueil exposés ou affectés par les VBG sont</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de personnes affectées qui savent utiliser le mécanisme de plaintes ou suggestions ▪ (KRI) nombre de survivants ayant reçu une réponse appropriée aux VBG

sensibilisés et bénéficient d'une prise en charge intégrée de qualité renforcée par une approche communautaire et plaidoyer

- Nombre de mesures collectives et individuelles d'atténuation des risques mise en œuvre
- % de formation sanitaire appuyée disposant d'un mécanisme de référence fonctionnel pour la VBG
- (KRI) Nombre de dossiers/rapports de plaidoyer produits et diffusés et /ou nombre de réunions / événements tenus
- (KRI) nombre de participants démontrant un savoir accru sur le sujet de protection en question
- KRI Nombre de personnes ayant obtenu la documentation appropriée/statut légal

3. Objectifs et utilisations des données de base recherchées

3.1. Objectifs de l'étude de base

L'objectif global de cette étude est d'avoir une base d'identification des bénéficiaires du projet et d'établir une base de suivi des indicateurs du projet.

De manière spécifique, il s'agira de :

- Collecter les informations permettant d'établir le niveau de vulnérabilité des bénéficiaires potentiels du projet ;
- Collecter des données quantitatives et qualitatives de référence permettant de suivre les indicateurs du projet ;
- Analyser le niveau de perception des bénéficiaires potentiels sur les thématiques à aborder dans les séances de communication communautaires.
- Déterminer les facteurs susceptibles de faciliter le transfert monétaire auprès des personnes vulnérables ;
- Faire l'état des lieux des relations de genre et de pouvoir au niveau des communautés locales d'intervention ;
- Identifier les normes néfastes qui ont un lien direct avec les actions du projet et auxquels le projet va s'attaquer et définir l'approche appropriée en fonction des résultats attendus ;
- Identifier les typologies de cas de VBG et les freins à l'accès de femmes et filles aux services de santé et aux activités socioéconomiques dans les communautés cible ;
- Analyser les facteurs limitant la participation des hommes et garçons à la prévention des VBG ;

- Analyser le fonctionnement du groupe sectoriel protection dans les régions de l'Ouest et du Littoral et dégager des pistes d'amélioration ;
- Formuler des recommandations/points d'attention devant orienter la mise en œuvre des interventions du projet.

3.2. Résultats de attendus de l'étude

- Les informations permettant d'établir le niveau de vulnérabilité des bénéficiaires potentiels du projet sont disponibles ;
- Les données quantitatives et qualitatives de référence qui permettent de suivre les indicateurs du projet sont disponibles ;
- Les informations sur la perception des bénéficiaires potentiels sur les thématiques à aborder dans les séances de communication communautaires sont disponibles.
- Déterminer les facteurs susceptibles de faciliter le transfert monétaire auprès des personnes vulnérables
- Les informations sur les normes et facteurs pouvant entraver la prise en compte du genre et l'accès aux services pour tous sont disponibles
- Les besoins en termes de besoin d'appui et de renforcement de capacité sont déterminées ;
- Les pistes d'amélioration du fonctionnement du groupe sectoriel protection dans les régions de l'Ouest et du Littoral sont formulées ;
- Des recommandations/points d'attention devant orienter la mise en œuvre des interventions du projet sont formulées.

3.3. Les livrables issus de l'étude

- Base de données d'identification des bénéficiaires du projet ;
- Données de référence des différents indicateurs du projet ;
- Rapport d'étude de base faisant clairement ressortir les éléments des différents objectifs spécifiques de l'étude.

3.4. Etendu de l'étude

L'étude couvrira la zone d'intervention du projet en l'occurrence les départements de la Mifi et de la District de santé de Santchou – Districts sanitaires de la Mifi et de Santchou. Cette couverture sera affinée avec l'identification des quartiers qui sera faite à l'issu de l'atelier de démarrage du projet.

4. Méthodologie de l'étude

Cette partie revient sur :

- Le tableau d'analyse des objets de l'étude et détermination des données recherchées, techniques et outils de collecte ;

- La population cible ;
- L'échantillonnage ;
- Les outils de collecte des données ;
- Identification et formation des agents de collecte.

Tableau d'identification des données recherchées, sources et des outils par indicateurs du projet

Objectifs	Données recherchées	Sources	Outils de collectes
Collecter les informations permettant d'établir le niveau de vulnérabilité des bénéficiaires potentiels du projet ;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information sur statut migratoire ▪ Sexe ▪ Activité principale ▪ Autres principaux facteurs de vulnérabilité (handicap, statut matrimonial, nombre d'enfant à charge, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PDIs ▪ Hôtes ▪ TS ▪ Membre de la communauté ▪ Autorités traditionnelles ▪ Partenaires au développement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionnaires d'enquête ▪ BDD
Collecter des données quantitatives et qualitatives de référence permettant de suivre les indicateurs du projet ;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liste des indicateurs du projet ▪ Valeurs de référence par indicateur ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PDIs ▪ Hôtes ▪ TS ▪ Responsable des FOSA ciblées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionnaires d'enquête ▪ BDD ▪
Analyser le niveau de perception des bénéficiaires potentiels sur les thématiques à aborder dans les séances de communication communautaires.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissance sur les thématiques en lien avec l'acceptation des PDIs, et la protection ▪ Connaissance des types de violence et moyen de dénonciation ▪ Attitude et pratique face aux VBG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PDIs ▪ Hôtes ▪ TS ▪ Membre de la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionnaires d'enquête ▪ Guide d'entretien
Faire l'état des lieux des relations de genre et de pouvoir au niveau des communautés locales d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> -Rôle et responsabilité attribués en communauté aux hommes, femmes filles et garçons -Attitudes des membres de la communauté envers les personnes déplacées ou survivantes de VBG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PDIs ▪ Hôtes ▪ TS ▪ Membre de la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionnaires d'enquête ▪ Guide d'entretien ▪ Guide focus group

Objectifs	Données recherchées	Sources	Outils de collectes
	-Participation au processus décisionnel sur les questions de santé et des actifs ou ressources financières dans le ménage et la communauté ■		
Identifier les normes néfastes qui ont un lien direct avec les actions du projet et auxquels le projet va s'attaquer et définir l'approche appropriée en fonction des résultats attendus.	-Croyances et pratiques locale qui entourent les VBG - Typologies des cas de VBG et les freins à l'accès des hommes, garçons, femmes et filles aux services de prévention et de prise en charge des VBG et aux activités économiques pour les survivant.e.s dans les communautés cible ;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PDIs ▪ Hôtes ▪ TS ▪ Membre de la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionnaires d'enquête ▪ Guide d'entretien ▪ Guide focus group
Analyser les facteurs limitant la participation des hommes et garçons à la prévention des VBG/ la participation des femmes dans les comités de protection communautaires	-Stéréotypes/normes traditionnelles et religieuses et autres limites en rapport avec la participation des hommes aux activités communautaires et -Les freins à la participation des femmes dans les processus de résolution des conflits et les comités de protection	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PDIs ▪ Hôtes ▪ TS ▪ Membre de la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionnaires d'enquête ▪ Guide d'entretien ▪ Guide focus group
Formuler des orientations sur les stratégies d'interventions des partenaires pour mieux toucher cibles du projet	Facteurs d'influence de l'accès aux services de prise en charge des VBG et documentation civile Facteurs d'influence de la participation aux activités	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PDIs ▪ Hôtes ▪ TS ▪ Membre de la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionnaires d'enquête ▪ Guide d'entretien ▪ Guide focus group

Objectifs	Données recherchées	Sources	Outils de collectes
	<p>communautaires telles que les dialogues communautaires, les émissions radio</p> <p>Préférence en termes d'accès à l'information et la communication</p> <p>Modalités ou préférence pour la mise en place d'un mécanisme de feedback adapté et interactif</p> <p>Facteurs d'influence de l'engagement des services judiciaires, de santé, à fournir des services aux survivant.es de VBG et personnes dépourvus de documentation civile</p> <p>Facteurs d'influence pour l'accès aux services de transferts monétaires</p> <p>Modalités ou préférence pour les transferts monétaires</p>		

4.1. Population cible

Les informations seront collectées auprès des cibles suivantes :

- PDIs
- Hôtes
- TS
- Autorités traditionnelles
- Responsable de formations sanitaires ciblées
- Partenaires au développement

4.2. Ciblage communautaire

La collecte des données auprès des bénéficiaires potentiel se fera dans les zones d'intervention du projet, notamment dans les districts sanitaires de la Mifi et de Santchou, départements de la Mifi et de la District de santé de Santchou de la région de l'Ouest Cameroun. Elle ciblera principalement les populations, hôtes, PDIs et les TS. Les quartiers retenus pour la collecte des données auprès des bénéficiaires potentiels seront ceux ayant une forte communauté de PDIs, TS et non/faiblement couvert par les partenaires au développement en termes de besoins en protection.

Pour l'administration du questionnaire, les enquêteurs s'appuieront sur les pairs éducateurs d'Horizons femmes et les leaders communautaires. S'agissant des PDIs, l'on se concentrera sur ceux venant d'arriver dans la communauté d'accueil ne datant pas de plus de 3 ans.

4.3. Echantillonnage

4.3.1. Volet quantitatif

L'étude quantitative sera faite sur la base d'un sondage non probabiliste en s'appuyant sur la méthode des quotas pour assurer la représentativité de l'échantillon conformément à la répartition des bénéficiaires ciblées par le projet soit 8935 personnes réparti comme suit :

Tableau 1 : Répartition des cibles du projet

Groupes	PDIs	Hôte	Total
Hommes	3136	1344	4481
Femmes	3118	1336	4455
Total	6255	2681	8935

4.3.2. Détermination de la taille de l'échantillon :

Pour déterminer la taille de l'échantillon des chefs de ménages, nous utiliserons la formule classique ci-dessous :

$$n = t^2 \times p \times (1-p) / m^2$$

- n : Taille d'échantillon minimale pour obtenir des résultats significatifs
- t =1,96 est le quantile d'ordre 0,25 de la loi normale; c'est la valeur type du niveau de confiance de 95 %
- p=50% est la proportion des publics cibles satisfaite de la prise en compte de leurs besoins par les autorités locales tirée du cadre logique ;
- m=5% est la marge d'erreur

Le calcul de la Taille d'échantillon minimale pour obtenir des résultats significatifs est de $n = 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5 / 0,05^2 = 384$ soit 422 chefs de ménages à enquêter en considérant un taux de non-réponse de 10%

Mode de sélection de l'échantillon final :

Le nombre chef de ménage à enquêter dans chaque district de santé sera déterminé au prorata de l'effectif des IPDs par district de santé et par quartier. Ces dernières unités seront identifiées lors de l'atelier de cadrage du projet en collaboration avec les autorités étatiques (communes, services déconcentrés de l'état, district sanitaire, etc.) et traditionnelles ainsi que les acteurs humanitaires (ONG Nationale et internationale).

L'identification des personnes en communauté se fera sous le lead des enquêteurs/relais de Horizons femmes avec l'appui des leaders communautaires et sur la base des critères validés lors de l'atelier de lancement du projet.

Les zones d'étude seront échantillonnées parmi celles retenues pour être couvertes par le projet à la suite de son atelier de lancement.

Tableau 2 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'effectif des PDIs dans les districts de santé ciblés

Commune	Effectif des ménages	Nombre de ménages à enquêter
Mifi	6 017	215
District de santé de Santchou	5 781	207
Total	11 798	422

Source : OCHA, août 2021

4.3.3. Volet qualitatif

Le volet qualitatif sera plus exploratoire et cherchera à comprendre le pourquoi de la situation observée, en allant au-delà des simples déclarations, afin de permettre de mieux orienter les interventions du projet.

Des entretiens individuels se feront avec les acteurs des deux districts de santé avec des personnes ressources telles que :

- Membre de la communauté
- Autorités traditionnelles
- Partenaires au développement (ONG Locale et internationale membre du cluster Cash/impliqué dans les activités de protection
- Sectorielles de l'état (MINDEF, MINAS, BUNEC, éducation, MINPROFF, etc.)
- Responsables des districts de SANTE ciblés

La typologie des informateurs clés, le nombre de focus groupe et entretiens individuels sont donnés dans le tableau suivant :

Tableau 4 : Nombre d'Entretiens Individuelle (EI)

Cibles (informateurs clés)	Nombre de personnes sollicitées par commune	Nombre de EI pour les Communes ciblées
-----------------------------------	--	---

	District de santé de Santchou	Mifi	
	Focus group discussion		
Représentant des PDIs Hommes	8	8	2
Représentant des PDIs Femmes	8	8	2
Représentant des TS Femmes	8	8	2
Hôtes	16	16	4
Total FGD	40	40	10
Entretien individuels			
Leaders traditionnels	3	3	6
Représentant HF	1	0	1
Représentant MINAS/MINPROFF	1	1	2
Membre du groupe sectoriel protection	2	2	4
Autorités administratives locale	1	1	2
Total	8	7	15

4.4. Outils de collecte des données

Plusieurs outils de collecte seront élaborés en fonction de la cible pour cette étude. S'agissant du volet quantitatif, il sera élaboré un questionnaire-ménage avec des questions permettant de collecter des informations relatives aux indicateurs suivant :

- % de personnes dans le besoin qui ont obtenu (directement/indirectement) un soutien humanitaire et/ou des services de protection fournis
- % des femmes qui ont une capacité accrue de participer équitablement aux activités économiques
- % des populations cibles qui identifient au moins 2 moyens de prévention des VBG
- % de personnes affectées qui savent utiliser le mécanisme de plaintes ou suggestions

Il sera également question de collecter des informations permettant de mesurer la connaissance des membres sur les mécanismes de feedbacks, de référencement des cas de VBG ainsi que celles permettant de déterminer le niveau de vulnérabilité des bénéficiaires potentiels, notamment le sexe du chef de ménage, la disponibilité/existence des documents d'état civil, le statut migratoire, l'activité principale, le nombre de personnes présente au sein du ménage, etc.

Les guides d'entretiens individuels et de groupe contextualisé en fonction des ciblés seront élaborées pour la collecte des données qualitatives permettant de mieux comprendre les données collectées via les questionnaires ménages.

4.5. Identification et formation des agents de collecte

Au total, 8 personnes (4 femmes et 4 hommes) devront être mobilisés parmi les relais/pairs éducateurs de Horizons Femmes dont 5 par département pour assurer la collecte des données. Le choix sera porté sur des agents ayant une bonne connaissance de la zone, de la localisation des PDIs et pouvant facilement accéder aux TS.

Les agents de collecte bénéficieront d'une formation sur la méthodologie de l'étude, l'utilisation des outils de collecte des données afin de les rendre aptes à une plus grande adaptation sur le terrain et à satisfaire aux objectifs visés par l'opération, ainsi qu'à l'administration du questionnaire via KoboCollect.

4.5.1. Mise en œuvre de la collecte des données

Les agents de terrains retenus seront déployés dans les différents sites retenus pour collecter les données auprès des ménages sélectionnés sur la base par la méthode d'échantillonnage déterminée en amont. Cette étude se déroulera sous la supervision de RNSERA et du Gestionnaire de Projet avec l'appui de l'équipe de Horizons Femmes en charge du projet.

4.5.2. Saisie, traitement et analyse des données collectées

Les informations seront collectées auprès des ménages à l'aide de l'application KoboCollect. Les données collectées feront l'objet d'une revue et d'une validation journalière par le RNSERA avant leurs transferts vers le serveur en ligne. Une fois toutes les données enregistrées dans le système, elles feront l'objet d'un processus de traitement via Excel au terme duquel l'on obtiendra les résultats de l'analyse.

En ce qui concerne les données issues des entretiens individuels, un Template de saisi sera mis à la disposition des agents de collecte pour leur permettre de transcrire les informations qu'ils auront collectées grâce à cette technique.

4.5.3. Rédaction du rapport

Un rapport faisant ressortir les données de base pour les indicateurs applicables sera élaboré par le RNSERA et soumis à l'équipe de projet pour appréciation. Les observations et inputs apportés seront intégrés au rapport pour améliorer sa qualité. Le rapport ainsi finalisé sera transmis aux ayants droits.

4.5.4. Considérations éthiques

Pour la réalisation de cette étude, une lettre d'introduction des agents de collecte sera préparée et transmise auprès des autorités administratives et municipales. Tout participant sera appelé à signer une fiche de consentement et/ou de donner son consentement oral à enregistrer. Lors de la formation des enquêteurs un point d'honneur sera accordé aux principes de Do Not Harm et sur le respect de l'intégrité des participants.

5. Chronogramme de déroulement de l'étude

L'étude s'étendra sur une période de 25 jours ouvrables répartis sur 05 semaines calendaires. Elle se déroulera du 30 Mars au 28 Avril 2023. Le tableau de la page ci-après est un chronogramme détaillé de déroulement de cette étude.

ACTIVITES	Responsable	Appuyé par	Mars				Avril			
			S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Conception et harmonisation de la méthodologie et des outils de collecte										
Elaboration des TDR	RNSERA	CT Genre ; GP	■							
Préparation des outils de collecte des données	RNSERA	CT Genre ; GP		■						
Préparation, soumission et enrichissement des outils de collecte des données	RNSERA	CT Genre ; GP		■						
Identification des agents de collecte et de saisie, formation et pré-test des outils et collecte des données sur le terrain										
Identification de 12 enquêteurs	CT Genre ; GP	Equipe Horizons Femmes		■						
Formation des agents	RNSERA	GP			■					
Réalisation du Pré-test des outils (simulation)	RNSERA	Equipe Horizons Femmes ; Agents de collecte			■					
Collecte de données auprès des ménages, Entretiens individuels et FGD	Agents de collecte ; RNSERA	GP; Equipe Horizons Femmes				■	■			
Traitement, saisie, analyse des données et production du rapport préliminaire										
Traitement et Analyse des données	Assistant SERA	RNSERA, GP					■	■		
Rédaction du 1 ^{er} draft du rapport	RNSERA ; Assistant SERA	Equipe de Coordination					■	■	■	
Enrichissement et finalisation du rapport	RNSERA ; Assistant SERA	Equipe de Coordination								■

Préparé par :

Approbation :