

CONNAISSANCES DU PERSONNEL SOIGNANT DANS LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DES VIOLENCES CONJUGALES DANS LE NORD CAMEROUN.

Pélagie Mélanie METDI

*Doctorante en sociologie, Université de Maroua-Cameroun,
pelagie187@gmail.com,*

Gérard Gérard GARAM

*Doctorant en santé publique, Kesmonds International University
(America)*

Résumé

Ce travail porte sur les connaissances et attitudes du personnel sanitaire dans la prise en charge des femmes victimes des violences conjugales au Cameroun en général et dans le Nord-Cameroun en particulier. Les violences conjugales ont longtemps relevé du domaine privé et la question de la protection de la femme qui occupait peu d'importance. Les femmes vivant dans le Nord du Cameroun ont longtemps fait face à diverses violences conjugales. Cela dit, ces violences touchent toutes les sociétés et cultures. Elles se définissent selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), comme « tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination ». En effet, la présente étude analyse les connaissances, les attitudes et pratiques des personnels de la santé dans la prise en charge des femmes victimes des violences conjugales dans le Nord-Cameroun. Ayant donc mis à notre actif les outils de collecte des données tels que la recherche documentaire, l'observation directe, le questionnaire, notre étude est parvenue aux résultats selon lequel, les femmes du Nord-Cameroun sont victimes des violences conjugales physiques, verbales sexuelles et bien d'autres ; le personnel sanitaire dans le Nord –Cameroun ont une connaissance limitée dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales ceci du fait de l'insuffisance de formation dans le domaine de la prise en charge des Violences Basées sur le Genre, également, l'action de l'Etat n'étant pas concrètement visible parlant des

sensibilisations des communautés locales sur les conséquences des violences conjugales.

Mots clés : *connaissances, personnel de santé, prise en charge, violences conjugales.*

Introduction

La violence conjugale est un problème sociétal qui intéresse la santé publique (Lebas et al., 2002). Son ampleur et ses conséquences font en sorte qu'elle ne soit plus un sujet tabou. Les femmes sont généralement les principales victimes surtout lorsque quelles sont enceintes. En août 2019, Mollier-Carroz présente une statistique plus concordante dans la mesure où elle ressort un pourcentage à hauteur de 49% de violences physiques sur les femmes enceintes infligées par leurs conjoints. Une étude semblable à celle de Guillou souligne le caractère urgent dans la recherche des solutions pour réduire les complications ou les récidives. Par ailleurs, l'identification des cas et une PEC permet d'offrir un meilleur cadre aux femmes et un bon état de santé (MALIKA, 2013). Ainsi, le personnel soignant, en particulier la sage-femme a un rôle essentiel à jouer dans le dépistage et la prise en charge des violences conjugales, il doit offrir les soins, soutient approprié et évaluer la dangerosité des situations. La sécurité des victimes de violence conjugale est toujours une priorité.

Le sujet des violences conjugales est aujourd'hui un problème de santé publique majeur. Ces violences touchent toutes les sociétés et cultures. Elles se définissent selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), comme « tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination ». De

nombreuses études montrent que dans 40% des cas, les violences conjugales ont débuté pendant la grossesse, et si déjà présentes, pouvaient s'aggraver durant cette période. La grossesse, mais également le post-partum sont donc des moments privilégiés où la femme peut se confier auprès de la sage-femme. En effet, selon une enquête nationale menée auprès de sages-femmes en 2014, 98% estimaient avoir un rôle à jouer dans la prise en charge de ces patientes.

Au Cameroun, plus de la moitié des femmes soit 53% ont subi des violences physiques et dans 45% des cas, les femmes ont subi ces actes de violences au cours des douze derniers mois. Selon l'institut national de la statistique, la région du centre décroche la palme d'or des violences conjugales envers les femmes avec 64% des cas, la majorité de ces cas de violences conjugales a été enregistré dans la ville de Yaoundé qui comptabilise à elle seule, 44% du total de la région du centre.

Les violences conjugales peuvent revêtir différentes formes, allant des violences physiques, sexuelles ou verbales, à des violences plus insidieuses, telles que des violences psychologiques, économiques et/ou administratives. Elles peuvent être exercées de façon isolée ou répétée. Cependant, ces violences ne sont pas perçues de la même façon au sein de la profession de sage-femme, car elles n'en ont pas toutes la même représentation. Dans son rapport d'activités 2013-2017, la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la traite des êtres humains) déclare que les professionnels de la santé (notamment les sages-femmes), doivent être formés sur les violences conjugales, et met également en avant la nécessité de leur apporter des outils, dans le but d'assurer un dépistage mais également une prise en charge adaptée. Ces perspectives laissent alors place à la question de la prise en charge de ces patientes, par les sages-femmes.

Ainsi, suite aux impacts psychiques et obstétricaux démontrés, l'attitude, pratique de la sagefemme il est de dépister cette violence conjugale dès le début du suivi de grossesse afin de permettre un meilleur accompagnement. Ceci amène dès lors à s'interroger sur le moyen et l'efficacité du dépistage des violences conjugales durant la grossesse. Ce travail est ainsi fondé sur les réflexions suivantes :

- Quelle est l'attitude du personnel de santé dans la prise en charge des femmes victimes de violence conjugale dans le Nord-Cameroun ?
- Comment effectuent-ils un dépistage efficace des violences conjugales qui se veut respectueuses des femmes enceintes ?
- Est-ce qu'intervenir auprès des femmes violentées réduit les conséquences maternelles et néonatales ?

Cela dit, l'objectif de cet article est d'analyser les connaissances et attitudes des personnels soignant dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales à l'Hôpital Régional de Maroua dans le Nord-Cameroun. D'où, la théorie de motivation est convoquée pour analyser les connaissances, l'attitude et la pratique du personnel sanitaire dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. De façon concrète, il est question d'étudier les connaissances, attitude, et pratique des personnels de la santé dans la prise en charge des femmes victime de violences conjugales, également, de présenter les facteurs de prise en charge des femmes victime dans le Nord-Cameroun.

1- Revue de la littérature

Au regard des travaux déjà sus-présentés, Cet ensemble nous a permis de structurer ce travail en diverses parties. Pour une meilleure intelligibilité de ce sujet nous avons parcouru des travaux portant sur les violences conjugales, la connaissance des

personnels de la santé sur la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

Dans son étude portant sur la sensibilisation des violences conjugales par les sages-femmes des services d'urgences obstétricale en 2022, Chevillon a trouvé que 74% de sages-femmes posaient uniquement des questions devant des signes qui les interpelaient lorsqu'une femme se présentait aux urgences. Selon son analyse, la prise en charge par les sages-femmes n'est pas systématique face aux femmes victimes de violence dans ce service (URGO). Elle a précisé que sur 77% des sages-femmes sont formés sur les questions des violences, plus de la moitié ne parviennent pas à adopter une bonne attitude concernant la prise en charge des victimes de violences conjugales. 27% des sages-femmes manquent de connaissance concernant les violences. 19% des femmes violentées ont été mal orientée à la base. C'est avant tout la présence du conjoint (75%) et le manque de temps pour les sages-femmes dans ces services d'urgence d'où 59% d'entre elles représentent un frein à la bonne prise en charge de cette dernière.

En 2016, Cillard a effectué une étude sur les sages-femmes dans le dépistage des violences conjugales. Elle avait pris pour objectifs de cette étude :

- Effectuer un état de lieu sur les pratiques de dépistages de violence conjugales par les sages-femmes d'Auvergne ;
- Comparer les différentes pratiques selon le mode d'exercice des sages-femmes.

Pour cet auteur le code déontologique des sages-femmes à l'article 33 et l'article R41127.333 du code de la Santé publique stipulent que : les médecins, sage-femme et chirurgien-dentiste peuvent être amenés dans certains cas de violence à rédiger un certificat médical. Ce document rédigé par les sages-femmes atteste l'existence de signes ou de lésions traumatiques voire une

souffrance psychologique. Plus loin dans le rapport Henrion, un nombre important de médecins sont inconscients de l'ampleur du problème et entretiennent l'idée selon laquelle ce phénomène est réservé à une catégorie de personnes défavorisées ou précaires.

Pour Juliette Couble (2018), en évaluant la formation des sages-femmes quant à la prise en charge des femmes victimes de violences, a essayé d'apprécier les différents moyens de dépistage ainsi que les obstacles à ceux-ci. De cette recherche il ressort que la méthode de dépistage est fonction de l'âge et de l'expérience des sages-femmes. Elle fait également mention de ce que, les formations initiales et continues ont un impact positif dans la manière d'aborder la question mais les sages-femmes ressentent encore le besoin d'améliorer cet aspect et s'accordent à dire qu'il faut améliorer la formation initiale à ce propos. Par ailleurs, dans une recherche dont le but était d'identifier le moyen de dépistage et de proposer un modèle d'accompagnement adapté. Dans la même lancée, Jon (2019), a pu conclure dans ses travaux que : le dépistage des violences conjugales repose d'une part sur un principe de confidentialité entre la sage-femme et la victime et d'autre part sur un environnement sécurisé.

Agathe (2021), s'est essayé à faire un état des lieux du dépistage, de la prise en charge, et de l'orientation des parturientes victimes par recueil de données avec pour objectif principal d'étudier l'efficacité du dépistage par les différents professionnels en contact avec les patientes, et la prise en charge proposée. Pour elle, les violences conjugales restent encore taboues pour bon nombre de professionnels de santé.

Guillou (2021) ayant effectué une étude sur le dépistage des violences conjugales pendant la grossesse. Son étude révèle : Seulement 11% des participants à l'étude réalisaient un dépistage systématique des violences conjugales, Et 24% des professionnels ne faisaient pas un dépistage systématique des

violences conjugales et attendaient que la patiente en parle spontanément pour dépister une telle situation. Dans cette étude, les moyens de dépistage étaient bornés par une question directe et non pas l'écoute. C'est pourquoi dans leur formation, les médecins et les sage-femmes ne sont pas ou très peu, former sur la thématique des violences conjugales dans leur étude.

2- Terrain et Méthodologie

La méthodologie est une démarche scientifique à partir de laquelle les données du terrain sont collectées, traitées et analysées. Dans le cadre de notre investigation, notre stratégie d'échantillonnage a été faite en rapport avec les outils de collecte des données. Pour le questionnaire, nous avons procédé à la méthode probabiliste ou aléatoire qui selon Fortin (1996 :202) permet une généralisation des résultats, elle est une technique selon laquelle chacun des éléments (sujets) qui composent la population cible a une chance égale d'être choisi pour faire partie de l'échantillon. Et pour le guide d'entretien, nous avons fait recours à la méthode non probabiliste qui est un procédé de sélection selon lequel chaque élément de la population n'a pas une probabilité ou une chance égale d'être choisi pour former l'échantillon. Nous avons fait usage de l'échantillonnage par choix raisonné qui est une technique qui repose sur le jugement du chercheur pour constituer un échantillon de sujets en fonction de leur caractère typique (Fortin (1996 : 206-207). A cet effet, nous avons mené 6 entretiens semi- directifs avec le personnel soignant de l'Hôpital régional de Maroua, cela dit nous avons sonder les opinions et le niveau de connaissance des différents personnels soignants sur la question des violences conjugales que sont entre autre les sages femmes (2), les aides soignants (2), et les infirmiers (1), et un entretien mené avec un Médecin (1). Ainsi pour la méthode quantitative, nous avons opté pour l'échantillonnage probabiliste et donc l'échantillonnage aléatoire simple ; ceci a permis de comprendre les attitudes du

personnel sanitaire dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales dans le Nord-Cameroun plus précisément dans la ville de Maroua. A cet effet nous avons administré 100 questionnaires auprès de certains malades et personnels soignants dans notre zone d'étude.

Pour une meilleure intelligibilité de notre analyse, une théorie scientifique a été convoquée, à savoir : la théorie de la motivation. La motivation se présente comme « le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance d'un comportement humain » Vallerand et Thill, 1993). La motivation est dans un organisme vivant le processus qui règle son engagement pour une activité précise. Elle détermine dans une certaine direction avec l'intensité souhaitée et en assure la prolongation jusqu'à l'aboutissement.

La théorie de la motivation est d'une importance capitale dans l'analyse de notre étude du fait que cela nous a aidé pour analyser les connaissances, les attitudes et la pratique des personnels sanitaires dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales dans la ville de Maroua.

3- Présentation et analyse des résultats

Il est question pour nous dans ce chapitre d'analyser et d'interpréter les données recueillies sur le terrain par le biais des personnels soignant de l'Hôpital Régional de Maroua.

1. Caractéristiques sociodémographiques

1.1 Répartition des répondants selon les caractéristiques sociodémographiques

Tableau 1 : identification des répondants selon leurs tranches d'âges :

Variabiles	Fréquence absolue (N)	Fréquences relatives (%)
Classes d'âges		
18-30 ans	7	7%
31-40 ans	31	64%
41-50 ans	7	7%
Plus de 51 ans	25	22%

Source : enquête de terrain octobre 2023.

Au regard du tableau n°1 qui dresse les tranches d'âge des répondants, nous constatons que la majorité de nos répondants sont jeunes :

- 7% des enquêtés ont un âge compris entre 18-30 ans
- 64,1% des enquêtées ont un âge compris entre 31-40 ans
- 7% des enquêtées ont un âge compris entre 41-50 ans
- 22% des enquêtées ont un âge compris entre 51 ans et plus.

1-2- Évaluation des connaissances des répondants sur la prise en charge des violences conjugales

Tableau 2 : répartition des répondants sur la connaissance d'information sur la violence

Variabiles	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
Information sur la violence		
Oui	49	90%
Non	21	10%

Source : enquête de terrain octobre 2023.

Il ressort de ce tableau que sur les 49 personnels soignants enquêtés, affirment déjà avoir entendu parler de violence conjugale soit plus de la moitié de notre population d'étude avec

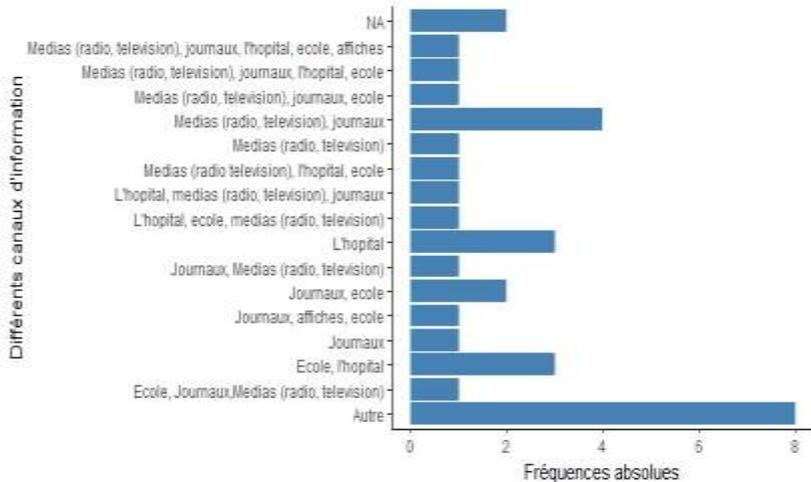
un pourcentage de 90%. Contre 21 Personnels soignants avec un pourcentage de 10% prétendent ne jamais avoir entendu parler ce phénomène dans leurs vécus quotidien.

Tableau 3 : répartition de la connaissance des répondants sur le canal d'information de la violence

Variabiles	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
Canal d'information		
Medias (radios, television)	29	38%
Journal	22	30%
Hopital	6	11%
Ecole	8	13%
Affiches	2	2%
Proches (bouche à Oreille)	3	6%

Source : enquête de terrain, octobre 2023

Il ressort de ce tableau que : 29 personnels prétendent déjà avoir entendu parler des violences conjugales dans les Medias(radios, télévision) ; soit 38% du nombre total des personnels soignants enquêtés, Et 22 Personnel soignant soit un pourcentage de 30% ont déjà entendu parler de ce phénomène dans les journaux, 6Personnels enquêté ont entendu parler de ce phénomène dans l' enceinte de l'hôpital soit 11%, 8 personnels soignants enquêtés ont entendu parler de ce phénomène à l' école soit un pourcentage de 13 %, 2% sont informés de ce phénomène par les affiches et 9% sont informés par des proches (bouche à oreilles).



4. Évaluation de l'attitude et pratique des personnels soignants dans la prise en charge des femmes victimes de violence conjugales

1. L'accueil de la patiente

Tableau 4: I 'identifications de latitude des répondants pendant l'accueil des victimes

Variabes	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
Accueil de la victime		
Avec lenteur	3	7%
Avec honneur	1	2%
Avec salutation et sourire neutre	44	61%
Avec pitié	22	30%

Source : enquête de terrain, octobre 2023

De ce tableau, il ressort que des 70 personnels soignants enquêtés 3 personnel accueillies les victimes de violence conjugales avec lenteur soit 7% ; et 1 personnel soignant enquêté

affirme accueillir avec honneur les victimes des violences soit un pourcentage de 2%; 61% le font avec salutation et sourire neutre, la moitié de la population enquêtée soit 30% accueille les victimes de la violence conjugale avec pitié.

2- *Déroulement de l'entretien avec la victime*

Tableau 5 : I 'Identifications de latitude des répondants dans le déroulement et la pratique de l'entretien avec la victime :

Variabes	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
Déroulement de l'entretien		
A l'abri des regards des autres	50	67%
A l'insu de son époux	20	33%

Source : enquête de terrain, octobre 2023

Il ressort de ce tableau que lors du déroulement de l'entretien avec les patients victime des violences conjugales que 67% ont été entretenu a l'abri des regards des autres et 33% ont été interviewés à l'insu de leurs époux.

Tableau 6 : identification de la manière du déroulement de l'entretien avec la victime :

Variable:	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
Déroulement de l'entretien		
Avec délicatesse	21	28 %
Avec des regards neutres exempts de tout jugement	38	62 %
Avec l'aide de la police souvent.	2	2 %
On écoute,	2	2 %
on ne touche pas la victime de peur de révéler ou de toucher les parties douloureuses	7	6%

Source : enquête de terrain, octobre 2023

Dans ce tableau, il ressort que 21 Personnel soignant affirme avoir pratiqué l'entretien avec les victimes de violences

conjugales avec délicatesse soit un pourcentage de 28 %, de même, 38 personnels soignant autres ont affirmé avoir interviewés les victimes de violences conjugales avec le regard neutre exempt de tout jugement soit un pourcentage de 62% de la population enquêtée. 2 % de la population enquêtée affirme avoir interviewés les victimes avec beaucoup d'écoute et l'aide de la police souvent ; d'aucun ont affirmé avoir eu un entretien avec les victimes et n'ont pas pu toucher ces dernières de peur de révéler ou de toucher les parties douloureuses soit un pourcentage de 6 % des personnels soignants enquêtés.

Tableau 7 : attitude adopter pendant l'interrogatoire par les personnels soignant

Variabiles	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
ATTITUDE PENDANT L'INTEROGATOIRE		
Je manipule mon téléphone	23	16%
Je prends les notes	47	84%

Source : enquête de terrain, octobre 2023

Le tableau montre que la prise des notes constitue le grand effectif de l'attitude adopter par les personnels de santé pendant l'interrogatoire avec les victimes soit un pourcentage de 84 %, par contre les personnels de santé qui manipulent leurs téléphone pendant l'interrogatoire représentent 16 % de la population étudiée.

Tableau 8 : prise en charge des victimes

Modalités de réponse	Eff /fréquence
Donner des médicaments anti douleurs	2 (3%)
Etre compatissante, empathique	54 (64%)
Laisser les psychologues s'en charger de tout	14 (33%)

Source : enquête de terrain, octobre 2023

Sur les sujets qui ont répondu à notre entretien, 54 personnes soit 64 % affirment être compatissante, empathique face aux victimes des violences conjugales, suivi de 14 personnes soit 33 % qui préfèrent laisser les psychologues s'en charger de tout, contrairement à deux personnels de santé soit 3 % qui face à une victime donnent directement des médicaments anti douleurs.

5. Discussion

1. Données liées à l'âge

Dans notre étude la population d'étude dominante étaient des jeunes avec comme âge moyen majorité compris entre 31-40 ans. Cela pourrait s'expliquer par une meilleure connaissance des fléaux de la vie et forte connaissance des facteurs qui engendreraient les violences conjugales. Ces facteurs de risque tel que l'alcool, une délinquance sexuelle constitue sur la grande ligne des facteurs clés des violences conjugales. Nos résultats sont comparables à celui de Camille BAILLY qui a trouvé l'âge moyen à 33 ans dans leur population d'étude.

Cette étude nous montre que les jeunes matures enquêtés étaient majoritairement représentatives dans notre population d'étude avec un pourcentage de 64% de notre échantillon. Cette dominance des jeunes matures pourrait s'expliquer par le fait que ces derniers observent, ou mieux sont informés de certaines pratiques d'infidélité des conjoints, de la hausse du taux de

consommation de l'alcool et des stupéfiants au sein de la société, de vagabondage sexuel et bien d'autres ; se sont là des dérives qui occasionnent voire entraînent les violences conjugales au sein des familles.

2. Données liés à l'attitude adopté par les personnels de santé lors du déroulement de l'entretien

Cette étude nous montre une dominance de bonnes manières adoptées par les personnels de santé interrogés pour calmer la victime, 84% des personnels soignants prennent des notes pour rassurer les victimes, seulement 16 % qui manipulent leurs téléphones pendant l'interrogatoire de la population étudiée. Cette mauvaise attitude de la part des personnels de santé est comparable à l'étude menée par Chevillon Léa en 2022, qui trouva 77% des sages-femmes formés sur les violences, plus de la moitié ne parvient pas à avoir une bonne attitude concernant la prise en charge des victimes de violences conjugales.

3. Données liés à la prise en charge des victimes de violences conjugales

Sur les sujets de notre étude, la majorité des personnels de santé dit être compatissants, empathique face aux victimes des violences conjugales avec 54 % de notre échantillon. Ce résultat est comparable à ce trouvé par CAZENAVETTE Justine sur une étude réalisée en 2020. Dans son étude, 98 % d'entre elle estime avoir une attitude de prise en charge pour 8 sage-femme interroger 7 estime avoir une attitude d'accompagnement cela permettait d'instaurer une relation de confiance avec les patientes.

Conclusion

Au terme de cette recherche, nous pouvons retenir que plusieurs connaissances, pratiques et attitudes sont adoptées par

les personnels soignants dans le Nord –Cameroun. Notre étude a permis de comprendre que tout comportement a une signification, un sens et un symbole. Notre recherche présente à la fois un intérêt et des limites pour la problématique soulevée. Elle s'est focalisée dès le départ à un domaine particulier celle de la sociologie de la santé et plus précisément aux comportements, actions des personnels soignants. Néanmoins elle produit de nouvelle connaissance interdisciplinaire qui pourraient être généralisées à d'autres secteurs d'activités. La lecture sociologique de ce travail s'est faite à travers une approche théorique et systématique, offrant ainsi les premiers éléments de réflexions comme apports. Elle nous a permis également d'entrer de plein pied dans la communauté scientifique en général et celle de la ville de Maroua en particulier. Elle a contribué à éclairer de comprendre, d'analyser les attitudes, les pratiques des personnels soignants face à des acteurs sociaux victimes de violences conjugales dans le Nord-Cameroun.

La limite majeure est l'usage de la méthode quantitative et la difficulté d'accès aux premières sources d'informations. Cette recherche est tombée à un moment critique de l'histoire des villes du Nord-Cameroun face à l'insécurité qui perdure dans cette partie du pays. Toutefois, cette étude est une modeste contribution à l'avancée de la science.

Références bibliographiques

Dujarier M. (2008). Le travail du consommateur, De McDo à e-Bay, comment nous coproduisons ce que nous achetons, La Découverte.

Durkheim E. (1997). Les règles de la méthode sociologique, Paris, PUF.

Fortin, M-F. (1996). Le processus de la recherche. De la conceptualisation à la réalisation, Mont-Royal : Décarie.

Grawitz M. (1988). Lexique des sciences sociales, Paris : Dalloz.

Grawitz M. (1993). Méthodes des sciences sociales, Paris : Dalloz, 9e édition.

Grawitz M. (2001). Méthodes des sciences sociales, Paris : Dalloz

Halbwachs M. (1913). La classe ouvrière et les niveaux de vie, Paris : Alcan.

Quivy R., Campenhoudt L. V. (1995). Manuel de recherche en sciences sociales, Paris : Dunod.

Perieres A., (2021). L. Epidémiologie de l'hépatite B chez les enfants au Sénégal (thèse). nAIX-Marseille Université.190p

Noah O. et al., (2014). Présentation clinique, biologique et facteurs de risque du carcinome hépatocellulaire : une étude cas-témoins à Yaoundé au Cameroun. Revue de Médecine et pharmacie. 2^e semestre ; 4(2)

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2016, Prévention de l'hépatite B auprès des personnes les plus exposées.

Belaouira S. et al., (2016). Etude virologique et épidémiologique de l'hépatite B au niveau du CHU Constantine (mémoire). Faculté des sciences de la nature et de la vie ; université des frères Mentouri constantine .41p