

Evaluation des conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles chez les adolescentes : étude clinique à l'Hôpital Général de Référence de Boma

Jules Bilolo Ntumba

Assistant d'enseignement à l'Université Pédagogique de Kananga et
Doctorant en Sciences Psychologiques à l'Université de Kinshasa, Congo

Pr. Jacqueline Bunkaka Buntangu

Pr. Josué Ozowa Latem

Université de Kinshasa, Congo

Becker Sunga Sunga

Doctorant en Sciences Psychologiques à l'Université Pédagogique Nationale

Pr. Florentin Azia Dimbu

Université Pédagogique Nationale de Kinshasa, Congo

Doi: 10.19044/esipreprint.1.2026.p480

Approved: 22 January 2026

Posted: 24 January 2026

Copyright 2026 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Ntumba, J.B., Buntangu, J.B., Latem, J.O., Sunga Sunga B. & Dimbu, F.A. (2026).

Evaluation des conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles chez les adolescentes : étude clinique à l'Hôpital Général de Référence de Boma. ESI Preprints.

<https://doi.org/10.19044/esipreprint.1.2026.p480>

Résumé

Les violences sexuelles constituent un problème majeur de santé publique, particulièrement chez les adolescentes, en raison de leurs répercussions psychiques, sociales et développementales durables. Malgré leur fréquence, les conséquences psychotraumatiques chez les adolescentes victimes restent encore insuffisamment documentées dans certains contextes africains, notamment en RD Congo. Cette étude vise, d'une part, à évaluer le degré de traumatisme psychique consécutif aux violences sexuelles chez les adolescentes et, d'autre part, à identifier les principales dimensions psychiques et psychosociales affectées par ces violences. Une étude quantitative à visée clinique, a été réalisée auprès de 197 adolescentes victimes de violences sexuelles, reçues à l'Hôpital Général de Référence de Boma. La collecte des données s'est appuyée sur la méthode clinique, combinant l'entretien clinique semi-structuré et l'administration d'outils

psychométriques validés, notamment l'échelle du trouble de stress post-traumatique PCL-5, l'échelle Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) et l'échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS). Les données ont été analysées de manière descriptive et interprétative. Les résultats indiquent que la majorité des adolescentes victimes présentent un niveau élevé de traumatisme psychique. Le tableau clinique est principalement caractérisé par des symptômes significatifs de trouble de stress post-traumatique, accompagnés de manifestations dépressives et anxiuses. Par ailleurs, les dimensions psychosociales affectées concernent à la fois le bien-être hédonique incluant l'état de bonheur subjectif et la satisfaction de la vie et le bien-être eudémonique, marqué par une altération du fonctionnement psychologique positif, des relations interpersonnelles, de la réalisation de soi et de l'acceptation de soi. Les violences sexuelles entraînent chez les adolescentes des conséquences psychiques sévères, se traduisant par un traumatisme psychologique élevé et une détérioration significative du bien-être psychosocial. Ces résultats soulignent la nécessité de mettre en place des dispositifs de prise en charge psychothérapeutique et psychosociale adaptés, intégrés aux structures de soins, afin de favoriser la résilience et la reconstruction psychique des adolescentes victimes.

Mots clés : Evaluation, traumatismes psychiques, adolescentes, violences sexuelles, Boma

Assessment of the Psychotraumatic Consequences of Sexual Violence in Adolescent Girls: A Clinical Study at the Boma General Referral Hospital

Jules Bilolo Ntumba

Assistant at the Pedagogical University of Kananga (UPKAN) and
Doctoral student in Psychological Sciences at the University of Kinshasa
(UNIKIN), Democratic Republic of Congo

Pr. Jacqueline Bukaka Buntangu

Pr. Josué Ozowa Latem

University of Kinshasa, Democratic Republic of Congo

Becker Sunga Sunga

Doctoral student in Psychological Sciences at the National Pedagogical
University, Democratic Republic of Congo

Pr. Florentin Azia Dimbu

National Pedagogical University of Kinshasa,
Democratic Republic of Congo

Abstract

Sexual violence is a major public health issue, particularly among adolescent girls, due to its lasting psychological, social, and developmental repercussions. Despite its frequency, the psychological trauma suffered by adolescent victims remains insufficiently documented in certain African contexts, particularly in the D R of Congo. This study aims, on the one hand, to assess the degree of psychological trauma resulting from sexual violence among adolescent girls and, on the other hand, to identify the main psychological and psychosocial dimensions affected by such violence.

A quantitative clinical study was conducted among 197 adolescent victims of sexual violence who were treated at the General Reference Hospital in Boma. Data collection was based on clinical methods, combining semi-structured clinical interviews and the administration of validated psychometric tools, including the PCL-5 post-traumatic stress disorder scale, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS). The data were analyzed descriptively and interpretively. The results indicate that the majority of adolescent victims exhibit a high level of psychological trauma. The clinical picture is mainly characterized by significant symptoms of post-traumatic stress disorder, accompanied by depressive and anxious manifestations. In addition, the psychosocial dimensions affected concern both hedonic well-being, including subjective happiness and life satisfaction, and eudaimonic

well-being, marked by an impairment in positive psychological functioning, interpersonal relationships, self-actualization, and self-acceptance.

Sexual violence has severe psychological consequences for adolescent girls, resulting in high psychological trauma and a significant deterioration in psychosocial well-being. These results highlight the need to put in place appropriate psychotherapeutic and psychosocial care mechanisms, integrated into healthcare structures, in order to promote resilience and psychological recovery in adolescent victims.

Keywords: Assessment, Psychological trauma, Adolescents, Sexual violence, Boma

Introduction

Quel que soit le lieu où l'humain se trouve, il est d'une manière ou d'une autre exposé aux situations traumatisantes. Les villes, les lieux de travail, de prière, les environnements familiaux qui nous apparaissent comme des havres de paix, sont en réalité des réservoirs des problèmes et des traumatismes inimaginables. Comme le laisse marquer Bessel Van Der Kolk (2018), il n'est guère besoin d'être soldat, ni de visiter un camp de réfugiés au Congo ou en Syrie, pour être confronté au traumatisme.

En effet, la société actuelle est confrontée à plusieurs problèmes touchant tous les domaines de la vie parmi lesquels, ceux liés au genre marqués par la discrimination du sexe féminin qui serait à la base de violence dont les femmes sont victimes. Certes, ces violences basées sur le genre(VBG) sont fréquentes aujourd'hui et constituent une préoccupation nationale, internationale voire gouvernementale. Les gouvernements des états et leurs partenaires (ONG) sont invités à trouver des stratégies et des plans d'actions pour y remédier.

A ce sujet, Hamza (2006) pense que la lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles demande en effet, une réponse holistique indivisible et multisectorielle. Par conséquent, l'intervention de nombreux acteurs travaillant de concert au niveau communautaire, est nécessaire pour en venir à bout. A cet effet, les professionnels de l'éducation, de la santé et les associations des femmes ont une responsabilité particulière dans ce domaine. Cependant, ces intervenants sociaux aujourd'hui sont mis en rude épreuve.

Pour Unicef et IRC (2023), les VBG sont causées par la façon dont la société perçoit la femme, la jeune et/ou petite fille notamment en ce qui concerne leur corps et leur statut dans la société considéré autrefois comme sacré et donc inaccessible par n'importe qui et n'importe quand, le corps de la femme, de la jeune et petite fille est perçu dans la société africaine comme séduisant. Cela rend la jeune fille africaine en particulier vulnérable sur tout

le plan humain, en général et sexuel en particulier. Ainsi, la société africaine fait l'émergence d'une culture des rapports sociaux des sexes fondés sur le pouvoir, la force physique et l'arme comme mode des relations entre les personnes des sexes masculins et féminins.

Les VBG ont, depuis les décennies, été reconnues comme un phénomène traduisant des rapports de forces historiquement inégaux entre hommes et femmes aboutissant à une domination exercée souvent par les premiers sur les secondes. A cet effet, elles freinent particulièrement la promotion des femmes et portent atteinte à leurs libertés fondamentales. Par conséquent, ces violences empêchent partiellement ou totalement, les femmes et filles qui en sont victimes et qui ne sont pas suffisamment protégées de jouir de leurs droits (Ndeye, 2021).

Ces types de violences font parties des principaux mécanismes sociaux de subordination d'une catégorie de personnes envers une autre et elles sont aussi sexistes puis qu'elles sont perpétrées contre une personne en raison de son sexe et de la place que lui accorde une société ou une culture. Cependant, l'aggravation des violences sexuelles et basées sur le genre dont particulièrement les violences faites à la femme, à la jeune et petite fille constitue à ce jour un des indicateurs des modifications survenues selon les circonstances et les enjeux du moment, les milieux et les époques.

Au cours de plus de vingt dernières années, la recherche auprès des enfants et adolescents stipule que l'agression sexuelle dans l'enfance est un facteur de risque pour une diversité des troubles psychiques à court, moyen et long terme (Dinwiddie et al., 2000).

Dans une même suite logique, les études montrent que les adolescents ayant vécus des agressions sexuelles présentent plus des symptômes de dépression, d'anxiété, de stress post-traumatique, d'agressivité, de colère, de préoccupations sexuelles, de dissociation, de problèmes de comportements internalisés et externalisés, des comportements suicidaires et des problèmes relationnels que ceux n'ayant pas vécus. (Atlas et al, 1998).

Dans leur étude portant sur le profil psychologique d'adolescentes agressées sexuellement et prise en charge par les services de protection de la jeunesse, Isabelle et al. (2004) révèlent que les adolescentes présentent plusieurs problèmes psychologiques et que la majorité d'entre elles vivent une détresse nécessitant une intervention clinique.

Ainsi, les agressions sexuelles se situent à l'extrême la plus sévère du large éventail rapporté dans la littérature et les services sont peu fréquents et irréguliers. Les symptômes sont associés au temps écoulé depuis la fin des agressions et aux services reçus. La discussion souligne l'importance de l'adéquation entre les services et profil psychologique de chaque adolescente en proposant un modèle de guérison.

Bahati (2022), dans son étude portant sur les facteurs des vulnérabilités psychosociales chez les femmes victimes de violences sexuelles à Kananga, a contacté 140 femmes victimes des violences sexuelles dont l'âge varie entre 18 à 58 ans. Il les a interrogées à l'Hôpital Provincial de Référence de Kananga. Il ressort de son étude que ces femmes se trouvent dans un état de vulnérabilité psychosociale avec une moyenne globale de 104,07 supérieures à la moyenne théorique de 75 à l'échelle de vulnérabilité psychosociale. Par conséquent, ces femmes violentées sexuellement se caractérisent par le fait qu'elles sont connues dans la communauté soit comme victime de violence sexuelle, soit elles portent une grossesse issue du viol et ont des enfants issus du viol, etc.

Par ce fait précité, la violence sexuelle est aujourd'hui à la base de destructions de plusieurs vies et familles. Elle débouche à des graves conséquences tant physiques que psychiques sur les vies de milliers des jeunes en particulier. Par conséquent, elle suscite un grand intérêt pour les professionnels de la santé en vue de faire renaître de l'espoir aux personnes touchées.

La violence sexuelle est présente dans plusieurs pays du monde, en particulier les états africains. L'Unicef (2017) rapporte que dans 38 pays à revenu faible et intermédiaire, près de 17 millions des femmes adultes déclarent avoir subi des rapports sexuels forcés au cours de leur enfance. Cependant, dans 28 pays européens, près de 2,5 millions de jeunes femmes affirment avoir été victimes de formes de violences sexuelles avec ou sans contact avant l'âge de 15 ans. Dans 20 pays africains, près de 9 femmes sur 10 ayant été victimes de rapports sexuels forcés déclarent que c'est arrivé pour la première fois pendant leur adolescence.

En RDC, la violence sexuelle est presque vécue dans toute l'étendue du pays, et de manière particulière dans sa partie Est à cause des rebellions et de nombreuses guerres d'agression. Ajavon (2020), dans son étude, révèle comme conséquences de la violence sexuelle chez les femmes victimes : le suicide, l'isolement, le repli sur soi, la peur, la honte, la souffrance morale, la dépression, l'impuissance, l'insécurité, le désespoir qui constitue l'une des attitudes des personnes ayant longtemps ou horriblement souffert et la mort.

Ces données qui revêtent d'une grande pertinence, interpellent les professionnels et les chercheurs de bien considérer la violence sexuelle subie par les adolescentes en particulier comme un vrai drame qui surgit et qui peut endommager toute une génération par ses conséquences. Car, l'adolescente est un être qui cherche à définir son identité, elle confrontée à la violence sexuelle, cela perturbe son identité qu'elle cherche à définir. Certes, les enfants et les adolescents ne réagissent pas de la même manière que les adultes lorsqu'ils sont confrontés à des situations potentiellement traumatiques. La symptomatologie, la dynamique et le destin du traumatisme

sont très différents chez les enfants, adolescents et les adultes (Damiani, 2001).

Suite à ce qui précède, une évaluation clinique des adolescentes victimes des violences sexuelles reste le fil conducteur de tout accompagnement psychologique qui permet de comprendre les facteurs prédisposant, déclenchant et de maintien de chaque perturbation. Elle définit les instruments scientifiques de mesurages adéquats déterminant les dimensions psychiques affectées par ces violences sexuelles, et définit aussi les approches thérapeutiques appropriées basées sur un diagnostic différentiel précis.

Ainsi, cette étude qui s'inscrit dans le cadre de psycho-traumatologie des violences sexuelles, cherche à déceler ou identifier les répercussions psychopathologiques des violences sexuelles. Spécifiquement, évaluer les conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles sur la santé mentale et le bien-être psychosocial des adolescentes prises en charge à l'Hôpital Général de Référence de Boma. Avec un intérêt social de sensibiliser les familles et communautés à dénoncer ainsi que d'accompagner les victimes auprès de professionnels en cas des violences sexuelles pour une meilleure prise en charge.

La démarche de recherche adoptée repose sur les questions suivantes :

Quelles sont les conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles sur la santé mentale et le bien-être psychosocial des adolescentes prises en charge à l'Hôpital Général de Référence de Boma ? Partant, quel est le niveau de traumatisme psychique observé chez les adolescentes victimes de violences sexuelles reçues à l'Hôpital Général de Référence de Boma ? Aussi, quels sont les symptômes psychopathologiques prédominants (trouble de stress post-traumatique, anxiété et dépression) chez ces adolescentes, et avec quelle intensité se manifestent-ils ? Tel est le problème.

Dans les lignes qui suivent, il sera question de présenter le chemin parcouru ainsi que les résultats qui ont sanctionné cette recherche, avant de les discuter et de conlure.

Cadre méthodologique

Participant à l'étude

La population est constituée de toutes les adolescentes victimes de violences sexuelles qui bénéficient de la prise en charge médicale et psychosociale à l'Hôpital Général de Référence de Boma. Sur le plan taille, leur effectif dans la période du mois de juin 2022 au mois de juillet 2023, s'élève à 333 sujets dont un échantillon non probabiliste du type occasionnel de 197 participantes a été extrait. Cet échantillon « *est constitué de sujets que l'on rencontre de façon fortuite. Le chercheur, pour des raisons*

d'accessibilité, se contente de travailler avec des sujets facilement à sa portée ou qui se présente volontairement» (Azia, Kodila et Kimboko, 2019, 69).

Les critères de section fixés sont les suivants pour la rétention des participantes à notre étude :

- Etre adolescente victime des violences sexuelles enregistré à l'Hôpital Général de Référence de Boma ;
- Avoir bénéficié des services médical et d'accompagnement psychosocial durant la période de l'étude ;
- Etre disponible et donner son consentement de participer à notre étude.

Par conséquent, les 197 sujets de notre étude sont repartis suivant les variables sociodémographiques ci-après : niveau d'étude, confession religieuse, lieu de l'incident et période de l'incident dans le tableau ci-dessus :

Tableau 1 : Répartition des sujets suivant les variables sociodémographiques

Variables	Modalités	F	%
Niveau d'étude	6 eme	3	1,7
	7 eme	9	9,8
	8 eme	3	6,8
	1ere	3	1,8
	2 eme	3	1,7
	3eme	8	,1
	4eme	8	,1
	Total	97	00,0
Confession religieuse	catholique	4	7,6
	protestante	8	4,2
	Réveil	0	5,5
	Autres	5	2,7
	Total	97	00,0
Lieu de l'incident	Ecole	3	1,7
	domicile	4	2,5
	brousse	3	6,9
	Rivière	0	0,3
	chemin	7	,6
	Total	97	00,0
Période de l'incident	Matin	3	6,8
	Après-midi	4	2,6
	Soir	7	8,9
	Nuit	3	1,7
	Total	97	00,0

Il ressort de ce tableau n°1 les résultats ci-après :

- Concernant le niveau d'étude : 21,8% sont de classe 1^{ère} Humanité; 19,8% sont de 7^{eme}, 16,8% de 8^{eme}, 11,7% sont de 6^{eme}; 11,7% sont de 2^{eme} humanité, 9,1% sont de 3^{eme} humanité, 9,1% de 4^{eme} humanité ;
- Pour ce qui est de confession religieuse, 37,6% de notre échantillon sont de catholique, 35,5 sont de l'église de réveil, 14,2% sont protestantes et 12,7% sont d'autres confession religieuse;
- Par rapport au lieu de l'incident, 32,5% de l'échantillon de notre étude ont été violés à domicile, 26,9% dans la brousse, 20,3% à la rivière, 11,7% école, 8,6% en chemin ;
- Concernant la période de l'incident, 42,6% de l'échantillon de notre étude ont été violée dans l'après-midi, 28,9% le soir, 16,8% le matin et 11,7% pendant la nuit.

Méthode et techniques

Optant pour cette étude, nous avons fait recours à la méthode clinique qui, étymologiquement, indique un positionnement au chevet du patient, près de son lit ou dans sa chambre et renvoie aussi à une conception humaniste et subjective du rapport à la personne en mauvaise santé, malade ou en demande de soutien. Elle rappelle ainsi l'exigence éthique comme nécessaire à la relation thérapeutique entre soignant et soigné.

Par ailleurs, le choix de la méthode clinique pour notre étude est motivé par le fait que les violences sexuelles dont sont victimes ces adolescentes constituent des sujets en situation problèmes.

Ainsi, pour matérialiser la méthode clinique et dans le but d'atteindre les objectifs assignés à cette étude, nous avons utilisé comme techniques de collecte de données : l'entretien clinique qui nous a permis d'explorer le vécu psychologique des adolescentes qui éprouvent une certaine difficulté à surmonter les traumatismes liés à la violence sexuelle. L'échelle de PCL-5 qui nous a aidé à évaluer l'état de stress-posttraumatique chez nos sujets (adolescentes), l'échelle de HAD qui nous a aidé à vérifier la dépression et l'anxiété auprès de nos sujets, l'échelle de Bien-être mental qui nous a aidé à déterminer le niveau de bien-être mental et les dimensions psychosociales touchées par les violences sexuelles chez de nos sujets.

Ainsi, pour traiter les données issues des échelles (PCL-5, HAD et Bien-être de Warwick) nous avons recouru à la technique statistique précisément au logiciel SPSS version 20 pour effectuer les opérations statistiques telles que : le calcul des mesures des indices de tendances centrales et de la dispersion et la statistique inductive afin de nous prononcer sur les différences constatées en nous basant sur le test de Kolmogorov

Smirnov, le test de Tau-b de Kendal, le test H de Kruskal Wallis. Les résultats issus de ces opérations sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Résultats de la recherche

Comme évoqué ci-haut, nos résultats issus de nos trois outils ci-après : PCL-5, HAD et Bien-être mental sont à la base des rubriques importantes de cette section dont :

- La présentation globale des résultats ;
- L'étude de la normalité et de l'homogénéité des distributions de score des sujets aux trois instruments psychologiques (PCL-5, HAD et Bien-être) ;
- L'étude de corrélation bi-variée ;
- La discussion des résultats.

Présentation globale des résultats

Nous présentons de manière globale les résultats issus de nos outils de récolte des données. La présentation globale touche les aspects liés à la statistique descriptive, notamment les indices de tendances centrale et ceux de dispersion. Notons en outre que nous recouvrons à la moyenne et pour expliquer nos résultats observés et ces résultats concernant d'une part, le trouble de stress post-traumatique, le trouble de l'anxiété et de dépression et d'autre part, le bien être mental et social.

Tableau 2 : Présentation globale des résultats de PCL-5 (N=197)

Indices Statistiques	Dimensions de PCL5			
	Reviviscence	Evitement	Altération cognitif	Hyper vigilance
Moyenne	12,7411	5,2538	17,2386	13,0711
Variance	2,948	3,139	7,356	6,944
Ecart-type	1,71696	1,77182	2,71220	2,63513
Mode	13,00	6,00	14,00	11,00
Médian	13,0000	6,0000	18,0000	13,0000
Asymétrique	,402	-,863	-,068	,739
Voussure	-,120	-,149	-1,138	,204
Somme	2510,00	1035,00	3396,00	2575,00

Il ressort de ce tableau n°2 le constat selon lequel nos sujets ont obtenu au niveau dimensionnel les scores moyens suivants :

- le score moyen de 17,2386 sur l'altération cognitive et de l'humeur est supérieure au score théorique dimensionnel de 16 ;
- le score moyen de 13,0711 sur l'hyper vigilance est supérieure à la moyenne théorique dimensionnel de 12 ;
- Le score moyen de 12,7411 sur la reviviscence est supérieur à la moyenne théorique de 10 ;

- le score moyen de 5,2538 sur l'évitement est supérieur à la moyenne théorique de 4

Ainsi, ces scores indiquent que chaque dimension de l'échelle de PCL est touchée de manière élevée ou supérieur indiquant ainsi la présence de stress dans chaque dimension chez nos sujets donnant ainsi, un score global de 48,3046 se situant dans l'intervalle de 44 selon le critère de diagnostic de DSM-5 dans le tableau confirmant la présence de trouble de stress post-traumatique élevé auprès de ces adolescentes.

Tableau 3: Présentation globale des résultats HAD (N=197)

Indices statistiques	Dimensions de HAD	
	Dépression	Anxiété
Moyenne	11,3858	11,8629
Variance	10,554	9,823
Ecart-type	3,24877	3,13416
Mode	12,00	12,00
Médian	12,0000	12,0000
Asymétrique	-,159	-,365
Voussure	-,263	,078
Somme	2243,00	2337,00

Le tableau n°3 soulève le constat selon lequel, le score moyen est de 11,3858 pour la dépression et 11,8629 pour l'anxiété se situant dans l'intervalle entre 11 et 21 dans le tableau d'interprétation indiquant ainsi la présence de trouble anxieux et dépressifs avérés auprès de nos sujets.

Tableau 4 : Présentation des résultats selon les dimensions de Bien-être mentale Warwick (N=197)

Indices statistiques	Dimensions de HAD	
	Hédoniste	Eudémoniste
Moyenne	15,4518	15,0355
Variance	6,963	10,861
Ecart-type	2,63879	3,29560
Mode	16,00	19,00
Médian	16,0000	15,0000
Asymétrique	,267	,229
Voussure	-,756	-,949
Somme	3044,00	2962,00

Il s'observe dans le tableau n°4 que les sujets ont obtenu au niveau dimensionnel le score moyen de 15,4518 pour la dimension hédoniste (état de bonheur et de satisfaction de vie) et le score moyen 15,0355 sur la dimension eudémoniste (fonctionnement psychologique positif, relations satisfaisantes avec les autres, réalisation de soi et acceptation). Ces scores étant inférieur au score théorique de 17,5 de l'échelle, Indique ainsi une atteinte de la dimension de bien-être psychologique et social des sujets

contactés. Ceci pour dire que les violences sexuelles touchent état de bonheur et la satisfaction de vie ainsi que fonctionnement psychologique positif, relations satisfaisantes avec les autres, réalisation de soi et acceptation en les rendant précaires.

Normalité de la distribution des échelles (PCL-5, HAD et Bien-être de Warwick)

Dans toute étude scientifique utilisant un instrument de recherche qui relève de l'échelle d'intervalle, il est exigé au chercheur d'étudier la normalité des distributions, car de cette étude dépend du choix des tests statistiques à utiliser au niveau de l'analyse inférentielle.

En ce qui nous concerne, nous avons jeté notre dévolu sur le test de Kolmogorov Smirnov à cause de son caractère pratique et de sa facilité dans l'interprétation. Et nous partons de l'hypothèse nulle que la distribution normale est identique à celle des scores au PCL-5, HAD et de Bien-être de Warwick.

Tableau 5: Etude de normalité des distributions de l'échelle de PCL-5 à l'aide du test de Kolmogorov-Smirnov

Indices statistiques	Reviviscence	Evitement	Altération cog	Hyper vigi	p
Kolmogorov-Smirnov Z	2,230	3,751	2,258	2,455	0,05
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	

La lecture du tableau n°5 indique que, les probabilités associées des notes de l'échelle de Pcl-5 dans ses différentes dimensions : reviviscence, évitement, altération cognitive et de l'humeur et l'hyper vigilance (0.00) sont inférieures à 0.05. Ainsi, nous rejetons l'hypothèse nulle de manque de différence entre la distribution des notes de l'échelle de pcl-5 dans ses différentes dimensions et une distribution théoriquement normale. Dans cette optique, nous pouvons conclure que la distribution des notes de l'échelle de Pcl-5 n'est pas normale. De plus, ces résultats sont également approuvés par le graphique ci-après :

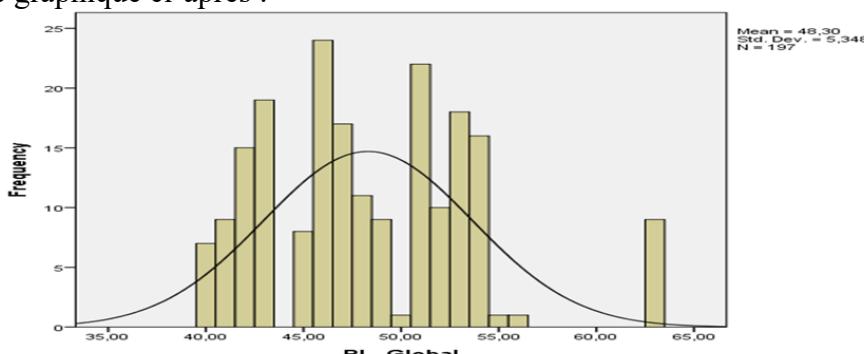


Figure 1 : Histogramme de la distribution des notes de l'échelle de PCL-5

La lecture de cette figure 1 révèle que les données de la distribution des notes de l'échelle de Pcl-5 ne suivent pas la mesure de voussure et d'asymétrie d'une distribution normale.

De ce fait, nous allons recourir aux tests statistiques non-paramétriques au niveau de l'analyse différentielle des résultats concernant le stress post-traumatique. A cet effet, nous allons jeter notre dévolu sur le test H de Kruskall Wallis pour contrôler l'influence des variables ayant plus de deux groupes (niveau d'études, confession religieuse, lieu de l'incident et période de l'incident).

Tableau 6 : Etude de normalité des distributions de HAD à l'aide du test de Kolmogorov-Smirnov

Indices statistiques	Anxiété	Dépression	P
Kolmogorov-Smirnov Z	,293	1,719	0,05
Asymp. Sig. (2-tailed)	000	,0	

La lecture du tableau n°6 indique que, les probabilités associées des notes HAD (anxiété et dépression) (0.00) sont inférieures à 0.05. Ainsi, nous rejetons l'hypothèse nulle de manque de différence entre la distribution des notes de HAD et une distribution théoriquement normale. Dans cette optique, nous pouvons conclure que la distribution des notes de HAD n'est pas aussi normale. De plus, ces résultats sont également approuvés par le graphique ci-après :

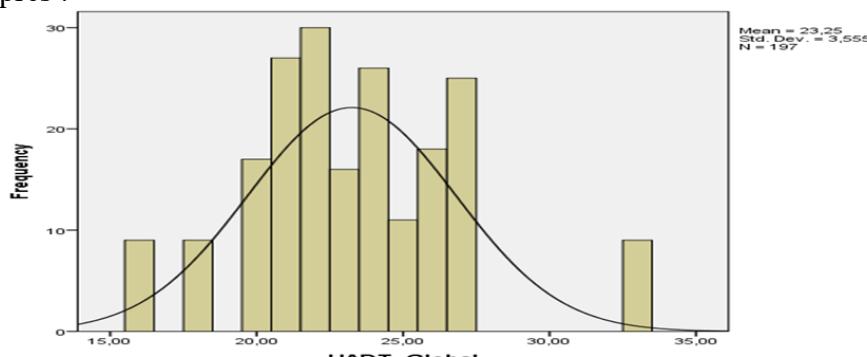


Figure 2 : Histogramme de la distribution des notes de l'échelle de HAD

La lecture de cette figure 2 démontre que les données de la distribution des notes de l'échelle de HAD ne respectent pas la mesure de voussure et d'asymétrie d'une distribution normale.

De ce fait, nous allons aussi recourir aux tests statistiques non paramétriques au niveau de l'analyse différentielle des résultats concernant l'anxiété et la dépression(HAD). A cet effet, nous optons pour sur le test H de Kruskall Wallis pour contrôler l'influence des variables ayant plus de

deux groupes (niveau d'études, confession religieuse, lieu de l'incident et période de l'incident).

Tableau 7 : Etude de normalité des distributions de bien-être à l'aide du test de Kolmogorov-Smirnov

Indices statistiques	Hédoniste	Eudémoniste	P
Kolmogorov-Smirnov Z	1,899	2,268	0,05
Asymp. Sig. (2-tailed)	000	,000	

La lecture du tableau n°07 indique que, la probabilité associée des notes de bien-être mental (hédoniste et eudémoniste) (0.00) est inférieure à 0.05. Ainsi, nous rejetons l'hypothèse nulle de manque de différence entre la distribution des notes de bien-être mental et une distribution théoriquement normale. Dans cette optique, nous pouvons conclure que la distribution des notes de bien-être mental n'est pas aussi normale. Comme nous pouvons le constaté dans le graphique ci-après :

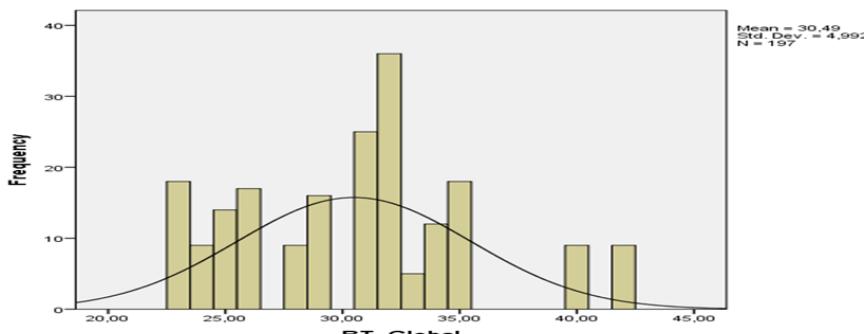


Figure 3 : Histogramme de la distribution des notes de l'échelle de Bien-être de Warwick

La lecture de cette figure 3 montre que les données de la distribution des notes de l'échelle de bien-être mental ne respectent pas la mesure de voussure et d'asymétrie d'une distribution normale.

De ce fait, nous allons aussi recourir aux tests statistiques non paramétriques au niveau de l'analyse différentielle des résultats concernant le bien-être mental. Par conséquent, nous optons pour le test H de Kruskall Wallis pour contrôler l'influence des variables ayant

Corrélation entre les aspects examinés

Voulant vérifier la corrélation entre les scores des adolescentes au Pcl-5, HAD et Bien-être mental de Warwick, nous avons recouru au coefficient de corrélation de Tau-b de Kendall.

Le choix de ce coefficient se justifie par les faits que nos données sont non-métriques et ne suivent pas une distribution normale.

Tableau 8: Relation entre Pcl-5 et HAD

Indices	RV	EV	ALCH	HYV	AN	DE
RV	1,000	,347** ,000	,045 ,418	-,020 ,711	,179** ,001	,104 ,056
EV	1,000			,207* ,003	,002	,311** ,000
ALCH			1,000	,157** ,004	-,063 ,246	-,053 ,317
HYV				1,000	,027 ,616	-,009 ,868
AN					1,000	-,230** ,000
DE						1,000

Légende :

- *RV : Reviviscence,*
- *EV : Evitement,*
- *ALCH : Altération cognitive et de l'humeur,*
- *HYV : Hyperactivité*
- *AN : Anxiété*
- *DE : dépression*

Les données issues du tableau n°08 indiquent que :

- 5 coefficients de corrélation exprimant une relation positive faible statistiquement très significative ($p<0,01$) entre : Réviviscence et Evitement ($r= 0,347$) ; Evitement et altération cognitive et de l'humeur ($r=0,207$) ; Altération cognitive et de l'humeur et l'Hyperactivité ($r=0,157$) ; reviviscence et l'anxiété ($r=0,179$) ainsi qu'entre évitement et dépression ($r=0,311$) ;
- 2 coefficients de corrélation exprimant une relation négative faible statistiquement très significative ($p<0,01$) entre : Evitement et Altération cognitive et de l'humeur ($r= -0,164$) et Anxiété et dépression ($r= -0,230$).

Tableau 9: Relation entre Pcl-5 et bien-être mental de Warwick

Indices	RV	EV	ALCH	HYV	B-He	B-EU
RV	1,000	,347** ,000	,045 ,418	-,020 ,711	-,203** ,000	,069 ,206
EV	1,000		-,164** ,003	,207** ,000	-,289** ,000	,199** ,000
ALCH			1,000	,157** ,004	,020 ,716	,178** ,001
HYV				1,000	-,084 ,123	-,140** ,010
B-He					1,000	,256** ,000
B-EU						1,000

Légende :

- *RV : Reviviscence,*
- *EV : Evitement,*
- *ALCH : Altération cognitive et de l'humeur,*
- *HYV : Hyperactivité*
- *B-He : Bien-être Hédoniste*
- *B-EU: Bien-être Eudémoniste*

La lecture de ce tableau n°09 montre ce qui suit :

- 5 coefficients de corrélation déterminant une relation négative faible statistiquement très significative ($p<0,01$) entre : Evitement et altération cognitive et de l'humeur ($r=-0,164$) ; reviviscence et bien-être hédoniste(état de bonheur et satisfaction à la vie) ($r= -0,203$) ; évitement et bien-être hédoniste (état de bonheur et satisfaction à la vie) ($r= -0,289$) ; (altération cognitive et de l'humeur et le bien-être eudémoniste(fonctionnement psychologique positif, la relation satisfaisante avec les autres, la réalisation de soi et l'acceptation de soi) ($r= -0,178$) et enfin hyper vigilance et le bien-être eudémoniste(fonctionnement psychologique positif, la relation satisfaisante avec les autres, la réalisation de soi et l'acceptation de soi) ($r= -0,140$).
- 5 coefficients de corrélation exprimant une relation positive faible statistiquement très significative ($p<0,01$) entre reviviscence et évitement ($r=0,347$) ; évitement et hyper vigilance ($r=0,207$) ; (altération cognitive et de l'humeur et hyper vigilance ($r=0,157$) ; évitement et Bien-être eudémoniste (fonctionnement psychologique positif, la relation satisfaisante avec les autres, la réalisation de soi et l'acceptation de soi) ($r=0,199$) et (bien-être hédoniste(état de bonheur et satisfaction à la vie) et l'hyper vigilance, ($r=0,256$).

Tableau 10: Relation entre HAD et bien-être mental de Warwick

Indices	AN		B-He	B-EU
AN	1,000	-,230**	-,050	,330**
		,000	,354	,000
DE		1,000	-,521**	-,332**
			,000	,000
B-He			1,000	,256**
B-EU				1,000

Légende :

- *AN : Anxiété* ;
- *DE : dépression* ;
- *B-He : Bien-être Hédoniste* ;
- *B-EU: Bien-être Eudémoniste*.

Les données consignées dans le tableau n°10 montrent ce qui suit :

- 2 coefficients de corrélation déterminant une relation négative faible statistiquement très significative ($p<0,01$) entre : Anxiété et Dépression ($r=-0,230$) et (dépression et Bien-être eudémoniste (fonctionnement psychologique positif, la relation satisfaisante avec les autres, la réalisation de soi et l'acceptation de soi) ($r=-0,332$).
- 1 coefficient de corrélation exprimant une relation négative modérée statistiquement très significative ($p<0,01$) entre dépression et bien-être hédoniste (état de bonheur et satisfaction à la vie) ($r=-0,521$).
- 2 coefficients de corrélation exprimant une relation positive faible statistiquement très significative ($p<0,01$) entre : Anxiété et bien-être eudémoniste (fonctionnement psychologique positif, la relation satisfaisante avec les autres, la réalisation de soi et l'acceptation de soi) ($r=0,330$) et (Bien-être hédonistes Bien-être eudémoniste ($r=0,256$).

Discussion des résultats

Après avoir présenté et analysé nos résultats, nous procérons maintenant à leur discussion. Il s'agit de dégager un sens par rapport aux résultats observés et de le confronter à ceux des études antérieures. Et tout cela conformément aux objectifs que nous nous sommes assignés : évaluer le degré du traumatisme psychique causé par les violences sexuelles auprès des adolescentes et déterminer les dimensions psychiques et sociales des adolescentes touchées par les violences sexuelles;

Il ressort de nos résultats quantitatifs que les sujets enquêtés ont une note moyenne (48,3046) supérieure à la moyenne théorique (44) à l'échelle de Pcl-5 de stress post-traumatique. Dans cette optique, nous pouvons

affirmer que les adolescentes victimes des violences sexuelles contactées présentent de trouble de stress post-traumatique au degré élevé.

A ces propos, vécu comme une catastrophe, les violences sexuelles sont déstabilisantes pour les adolescentes. Ces résultats corroborent celui de l'Association Mémoire Traumatique et Victimologie (2015) qui a révélé que plus les violences sexuelles surviennent tôt dans la vie des victimes et plus les conséquences sont lourdes, d'autant plus si l'agresseur est un membre de la famille ou un proche. Ainsi, les violences sexuelles font partie des violences qui ont le plus d'impact sur la santé mentale et physique à court et à long termes. Et plus les victimes sont jeunes, plus les conséquences sont lourdes. De très nombreuses conséquences psycho-traumatiques pourraient être évitées avec une prise en charge de qualité.

L'échelle de HAD a montré que les notes moyennes obtenues par nos enquêtés sont respectivement (11,3858) pour la dépression et (11,8629) pour l'anxiété. En les situant dans l'échelle d'interprétation, ces notes tombent dans l'intervalle des valeurs qui oscillent entre 11 et 21 correspondant ainsi à la présence de troubles anxieux et dépressifs avérés auprès de nos sujets. Ces résultats corroborent ceux de Gilsanz (2024) qui révèlent que les violences sexuelles chez les mineurs et leurs répercussions psychologiques constituent un sujet des recherches désormais d'actualité. Cependant, les données concernant les répercussions psychiques à long terme des violences sexuelles subies dans l'enfance et l'adolescence sont assez nombreuses témoignant d'un impact considérable sur la santé mentale avec un risque majoré de troubles anxioc-dépressifs, stress post-traumatique, et un risque suicidaire accru.

L'échelle de bien-être mental démontre que nos enquêtés ont obtenu le score global moyen de 30,4873 inférieur à la moyenne théorique de 52, nous pouvons dire que les violences sexuelles sont à la base d'un état de mal être mental perturbant ainsi la dimension psychique de l'état de bonheur et la satisfaction à la vie ainsi que la dimension sociale de l'acceptation de soi, de fonctionnement positif, la relation satisfaisante avec les autres, la réalisation de soi et chez les adolescentes contactées à l'Hôpital Général de Référence de Boma. Ces résultats corroborent ceux de Bahati (2023) qui relève que les femmes victimes des violences sexuelles se trouvent dans un état de vulnérabilité psychosociale caractérisé par l'effet d'être connue dans la communauté comme victime de violence sexuelle, porteuse d'une grossesse issue du viol, avoir l'enfant issu du viol, arriver à avorter, faire de l'insomnie, la difficulté de retrouver le groupe de pairs dans le quartier, etc.

Par ailleurs, les études de corrélations marquent d'une manière générale, une relation entre Pcl-5 et HAD, Pcl-5 et Bien-être mental de Warwick ainsi HAD et Bien-être de Warwick. Ces résultats de corrélation qui attestent une relation entre ces différents aspects examinés dans cette

étude affirment que les adolescentes victimes violences sexuelles présentent un état stress post-traumatique, de l'anxiété et de dépression qui altère le bien-être mental dans ces deux dimensions psychologique et sociale, et corroborent ceux de Marie-Vincent (2016) qui attestent que la violence sexuelle, même sans contact physique, entraîne des conséquences dévastatrices chez les enfants et adolescentes. À court terme, les jeunes victimes de violence sexuelle peuvent souffrir de problèmes émotionnels, psychologiques et de santé physique importants. Des séquelles sévères peuvent aussi se manifester dans de multiples domaines du fonctionnement, incluant l'adaptation et le fonctionnement interpersonnel, la régulation des émotions, la cognition, la mémoire, les fonctions neurologiques, l'humeur, le comportement, l'attention, l'attachement et le contrôle des impulsions.

Ces résultats corroborent ceux d'Atlas et al. (1998) qui attestent que les adolescents ayant vécus des agressions sexuelles présentent plus des symptômes de dépression, d'anxiété, de stress post-traumatique, d'agressivité, de colère, de préoccupations sexuelles, de dissociation, de problèmes de comportements internalisés et externalisés, des comportements suicidaires et des problèmes relationnels que ceux n'ayant pas vécus.

Conclusion

Ces résultats obtenus montrent que les violences sexuelles créent une altération sur le bien-être mental des adolescentes victimes des violences sexuelles en touchant les dimension psychique et social dont, celle l'état de bonheur et de satisfaction à la vie ainsi que celle de fonctionnement psychologique positif, les relations avec les autres, la réalisation de soi et l'acceptation suite leur état traumatisant élevé.

Par ce fait, ces résultats doivent conduire à une mise en place d'une stratégie de sensibilisation des communautés vivant avec les victimes à dénoncer leurs violences à temps pour envisager un processus de l'évaluation clinique psychologique adéquate, et aussi à développer la culture de toujours conduire les survivantes chez les professionnels de santé pour une prise en charge holistique. En outre, les victimes doivent verbaliser leurs ressentis après les violences pour réduire la détresse psychologique.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

References:

1. Ajavon, G. (2020). *L'influence de la stigmatisation sur l'estime de soi et la culpabilité des survivantes de violences sexuelles à l'est de la RDC*. Mémoire inédit, FPSE à Université de Liège : Belgique.
2. Azia Dimbu, F., Kodila Tedika, O., & Kimboko Mpesi, J. (2019). Normes de présentation d'un travail scientifique. Paris : L'Harmattan.
3. Bahati S.,(2021) Facteurs de vulnérabilités psychosociales chez les femmes victimes des violences sexuelles à Kananga. Mémoire/DEA inédit FPSE, UNIKIN, Kinshasa.
4. Atlas T., et Ingram D. (1998). « Betrayal trauma in adolescent inpatients », *psychological report*, 83,3 914.
5. Dinwiddie S., Heath A., Dunne M., Bucholz K., Madden P., Salutske W., Bierut L., Statham D., Martin N. (2000) Early sexual abuse and lifetime psychopathology : A co-twin-control study, *psychological Medecine*, 30, 1,42-52.
6. Diamiani C, (2011) psychothérapie post-traumatique et réparation : in figure et traitement du traumatisme. Paris, Dunod.
7. Gilsanz M.,(2024) Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence : « violences sexuelles chez les mineurs et conséquences psychopathologiques à l'adolescence : aspects historiques et contemporains » volume 72, Issue 1 P. 1-8.
8. Hamza N. (2006) violences basées sur le genre : manuel de formation à l'intention des écoutantes, Maroc, Anaruz.
9. Marie-Vincent (2016) violences sexuelles : fondation et centre d'expertise Quebecoise.
10. Ndeye A.,(2021) violences basées sur le genre en Afrique de l'ouest : cas du Sénégal, du mali, du Burkina faso et du Niger. Friendrich-Ebert-Stiftung, Dakar-Senegal.
11. Unicef et IRC (2023) directive pour la prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles, deuxième Edition, Unicef, New York (Etats-Unis).
12. Van Der Kolk, B. (2018). Le corps n'oublie rien : Le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme. Albin Michel.