

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, RD
Congo

Jacqueline Bukaka Buntangu

Professeure à l'Université de Kinshasa, RD Congo

Josué Ozowa Latem

Professeur à l'Université de Kinshasa, RD Congo

Becker Sunga Sunga

Doctorant en Sciences Psychologiques à l'Université Pédagogique Nationale
et assistant d'enseignement à l'Institut Supérieur de la Gombe, RD Congo

Florentin Azia Dimbu

Professeur à l'Université Pédagogique Nationale de Kinshasa, RD Congo

[Doi:10.19044/esj.2026.v22n5p138](https://doi.org/10.19044/esj.2026.v22n5p138)

Submitted: 21 January 2026

Accepted: 05 February 2026

Published: 28 February 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*. European Scientific Journal, ESJ, 22 (5), 138. <https://doi.org/10.19044/esj.2026.v22n5p138>

Résumé

Les violences sexuelles constituent un problème majeur de santé publique chez les adolescentes en raison de leurs répercussions psychiques et psychosociales durables, encore insuffisamment documentées dans certains contextes africains, notamment en RD Congo. Cette étude visait à évaluer le degré de traumatisme psychique consécutif aux violences sexuelles et à identifier les principales dimensions psychiques et psychosociales affectées. Une recherche quantitative à visée clinique a été menée auprès de 197 adolescentes victimes reçues à l'Hôpital Général de Référence de Boma, à l'aide d'entretiens cliniques semi-structurés et d'outils psychométriques validés (Pcl-5, HADS, WEMWBS). Les analyses descriptives montrent

qu'une majorité des participantes présente un traumatisme psychique élevé, dominé par des symptômes de trouble de stress post-traumatique, associés à des manifestations anxieuses et dépressives. Les atteintes concernent également le bien-être psychosocial, tant hédonique (bonheur subjectif, satisfaction de vie) qu'eudémonique (fonctionnement psychologique, relations interpersonnelles, réalisation et acceptation de soi). Ces résultats mettent en évidence la sévérité des conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles et soulignent la nécessité d'intégrer des dispositifs de prise en charge psychothérapeutique et psychosociale adaptés au sein des structures de soins afin de soutenir 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 General Referral Hospital of Boma

Jules Bilolo Ntumba

Teaching Assistant at the Pedagogical University of Kananga and PhD
Candidate in Psychological Sciences at the University of Kinshasa, DR
Congo

Jacqueline Bukaka Buntangu

Professor at the University of Kinshasa, DR Congo

Josué Ozowa Latem

Professor at the University of Kinshasa, , DR Congo

Becker Sunga Sunga

PhD Candidate in Psychological Sciences at the National Pedagogical
University and Teaching Assistant at the Higher Institute of Gombe, DR
Congo

Florentin Azia Dimbu

Professor at the National Pedagogical University of Kinshasa, DR Congo

Abstract

Sexual violence constitutes a major public health concern among adolescent girls due to its enduring psychological and psychosocial consequences, which remain insufficiently documented in certain African contexts, particularly in the Democratic Republic of Congo. This study aimed to assess the level of psychological trauma resulting from sexual violence and

to identify the main psychological and psychosocial dimensions affected. A clinically oriented quantitative study was conducted with 197 adolescent survivors of sexual violence treated at the General Referral Hospital of Boma, using semi-structured clinical interviews and validated psychometric instruments (PCL-5, HADS, WEMWBS). Descriptive analyses indicate that the majority of participants exhibit high levels of psychological trauma, predominantly characterized by significant post-traumatic stress disorder symptoms, along with anxiety and depressive manifestations. Psychosocial impairment was also observed, affecting both hedonic well-being (subjective happiness and life satisfaction) and eudaimonic well-being (positive psychological functioning, interpersonal relationships, self-realization, and self-acceptance). These findings highlight the severity of the psychotraumatic impact of sexual violence and underscore the need to integrate appropriate psychotherapeutic and psychosocial care interventions into healthcare settings to promote resilience and psychological recovery among adolescent survivors.

Keywords: Assessment, psychological trauma, adolescent girls, sexual violence, Boma

Introduction

Quel que soit le lieu où l'humain se trouve, il est, d'une manière ou d'une autre, exposé à des situations traumatisantes. Les villes, les lieux de travail, de prière, ainsi que les environnements familiaux qui nous apparaissent comme des havres de paix, sont en réalité des réservoirs de problèmes et de traumatismes inimaginables. Comme le souligne 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 envers le sexe féminin, qui serait à la base des violences 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 ainsi invités à élaborer des stratégies et des plans d'action pour y remédier.

À ce sujet, Hamza (2006) estime que la lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles exige 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. À cet effet, les professionnels de l'éducation, de la santé ainsi que les associations de femmes ont une responsabilité particulière dans ce domaine. Cependant, ces intervenants sociaux sont aujourd'hui mis à rude épreuve.

Selon l'UNICEF et l'IRC (2023), les VBG sont causées par la manière dont la société perçoit la femme, la jeune fille et/ou la petite fille, notamment en ce qui concerne leur corps et leur statut social. Autrefois considéré comme sacré et donc inaccessible, le corps de la femme, de la jeune fille et de la petite fille est aujourd'hui perçu, dans certains contextes de la société africaine, comme séduisant et objet de convoitise. Cela rend la jeune fille africaine particulièrement vulnérable sur le plan humain en général et sexuel en particulier. Ainsi, on observe l'émergence d'une culture des rapports sociaux de sexe fondés sur le pouvoir, la force physique et parfois l'usage des armes comme mode de relation entre les personnes de sexe masculin et féminin.

Les VBG sont reconnues, depuis des décennies, comme un phénomène traduisant des rapports de force historiquement inégaux entre hommes et femmes, aboutissant à une domination exercée le plus souvent par les premiers sur les secondes. À 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 les filles qui en sont victimes, et qui ne sont pas suffisamment protégées, de jouir de leurs droits (Ndeye, 2021).

Ces types de violences font partie des principaux mécanismes sociaux de subordination d'une catégorie de personnes envers une autre. Elles sont également sexistes, puisqu'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, particulièrement celles faites aux femmes, aux jeunes filles et aux petites filles, constitue aujourd'hui un indicateur des transformations survenues selon les circonstances, les enjeux du moment, les milieux et les époques.

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

Dans la même logique, les études indiquent que les adolescents ayant vécu des agressions sexuelles présentent davantage de 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, de comportements suicidaires et de difficultés relationnelles que ceux n'ayant pas vécu de telles expériences (Atlas & Ingram, 1998).

Dans leur étude portant sur le profil psychologique d'adolescentes agressées sexuellement et prises en charge par les services de protection de la jeunesse, Isabelle et al. (2004) révèlent que ces 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'extrémité la plus sévère du large éventail de violences rapportées dans la littérature, alors que les services offerts restent peu fréquents et irréguliers. Les symptômes sont associés au temps écoulé depuis la fin des agressions ainsi qu'aux services reçus. La discussion souligne l'importance de l'adéquation entre les services et le profil psychologique de chaque adolescente, en proposant un modèle de guérison.

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

De ce fait, la violence sexuelle est aujourd'hui à l'origine de la destruction de nombreuses vies et familles. Elle entraîne de graves conséquences tant physiques que psychiques, en particulier chez les jeunes. Par conséquent, elle suscite un grand intérêt chez les professionnels de la santé en vue de redonner espoir aux personnes touchées.

La violence sexuelle est présente dans plusieurs pays du monde, en particulier dans les États africains. L'UNICEF (2017) rapporte que, dans 38 pays à revenu faible et intermédiaire, près de 17 millions de femmes adultes déclarent avoir subi des rapports sexuels forcés au cours de leur enfance. Par ailleurs, dans 28 pays européens, près de 2,5 millions de jeunes femmes affirment avoir été victimes 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 cela s'est produit pour la première fois pendant leur adolescence.

En RDC, la violence sexuelle est presque vécue sur toute l'étendue du pays, et de manière particulière dans sa partie Est, en raison des rebellions et des nombreuses guerres d'agression. Ajavon (2020), dans son étude, relève 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 ainsi que la mort.

Ces données, d'une grande pertinence, interpellent les professionnels et les chercheurs à considérer la violence sexuelle subie par les adolescentes comme un véritable drame susceptible d'endommager toute une génération par ses conséquences. En effet, l'adolescente est un être en quête de définition

identitaire ; confrontée à la violence sexuelle, cette construction identitaire se trouve perturbée. 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 l'évolution du traumatisme diffèrent considérablement chez les enfants, les adolescents et les adultes (Damiani, 2011).

À la lumière de ce qui précède, une évaluation clinique des adolescentes victimes de violences sexuelles demeure le fil conducteur de tout accompagnement psychologique. Elle permet de comprendre les facteurs prédisposants, déclenchants et de maintien de chaque perturbation. Elle définit les instruments scientifiques de mesure adéquats permettant de déterminer les dimensions psychiques affectées par ces violences sexuelles et oriente vers les approches thérapeutiques appropriées, basées sur un diagnostic différentiel précis.

Ainsi, cette étude, qui s'inscrit dans le champ de la psychotraumatologie des violences sexuelles, cherche à identifier les répercussions psychopathologiques de ces violences. Plus spécifiquement, elle vise à 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 consistant à sensibiliser les familles et les communautés à dénoncer ces violences et à accompagner les victimes vers des professionnels 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 ? Quel est le niveau de traumatisme psychique observé chez ces adolescentes ? Quels sont les symptômes psychopathologiques prédominants (trouble de stress post-traumatique, anxiété et dépression) 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 issus de cette recherche, avant de les discuter et de conclure.

Cadre méthodologique

Participantes à l'étude

La population est constituée de toutes les adolescentes victimes de violences sexuelles ayant bénéficié d'une prise en charge médicale et psychosociale à l'Hôpital Général de Référence de Boma. Sur le plan de la taille, durant la période allant de juin 2022 à juillet 2023, leur effectif s'élevait à 333 sujets. De cette population, un échantillon non probabiliste de type

occasionnel de 197 participantes a été extrait. Cet échantillon est constitué de sujets rencontrés de manière fortuite. Pour des raisons d'accessibilité, les chercheurs se sont limités aux participantes facilement accessibles ou se présentant volontairement.

Le recours à cet échantillonnage non probabiliste se justifie par le caractère sensible de la problématique étudiée, la disponibilité variable des victimes ainsi que les contraintes éthiques et organisationnelles liées à la prise en charge hospitalière.

Les critères de sélection retenus pour l'inclusion des participantes dans l'étude sont les suivants :

- Être une adolescente victime de violences sexuelles enregistrée à l'Hôpital Général de Référence de Boma ;
- Avoir bénéficié des services médicaux et d'un accompagnement psychosocial durant la période de l'étude ;
- Être disponible et avoir donné son consentement à participer à l'étude.

Les considérations éthiques ont été respectées tout au long de la recherche, notamment le respect de la confidentialité, l'anonymat des participantes et le consentement libre et éclairé. L'étude a également tenu compte de la vulnérabilité psychologique des participantes, en veillant à ne pas perturber leur processus de prise en charge.

Ce tableau présente les participantes de l'étude selon leurs caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 1 : Répartition des sujets suivant les variables sociodémographiques

Variables	Modalités	f	%
Niveau d'étude	6 eme	23	11,7
	7 eme	39	19,8
	8 eme	33	16,8
	1ere	43	21,8
	2 eme	23	11,7
	3eme	18	9,1
	4eme	18	9,1
	Total	197	100,0
Confession religieuse	catholique	74	37,6
	protestante	28	14,2
	Réveil	70	35,5
	Autres	25	12,7
	Total	197	100,0
Lieu de l'incident	Ecole	23	11,7
	domicile	64	32,5
	brousse	53	26,9
	Rivière	40	20,3
	chemin	17	8,6
	Total	197	100,0
Période de l'incident	Matin	33	16,8
	Après-midi	84	42,6
	Soir	57	28,9
	Nuit	23	11,7
	Total	197	100,0

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

- Concernant le niveau d'étude : 21,8 % sont en 1ère Humanité ; 19,8 % en 7ème ; 16,8 % en 8ème ; 11,7 % en 6ème ; 11,7 % en 2ème Humanité ; 9,1 % en 3ème Humanité ; 9,1 % en 4ème Humanité ;
- Pour ce qui est de la confession religieuse, 37,6 % de notre échantillon sont catholiques ; 35,5 % sont de l'Église de réveil ; 14,2 % sont protestantes ; et 12,7 % appartiennent à d'autres confessions religieuses ;
- 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 % à l'école ; 8,6 % en chemin ;
- Concernant la période de l'incident, 42,6 % de l'échantillon de notre étude ont été violés 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 eu recours à la méthode clinique qui, étymologiquement, indique un positionnement au chevet du patient, près de son lit ou dans sa chambre, et renvoie également 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 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 situations problématiques.

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 éprouvant des difficultés à surmonter les traumatismes liés aux violences sexuelles ; l'échelle Pcl-5, qui nous a aidés à évaluer l'état de stress post-traumatique chez nos sujets (adolescentes) ; l'échelle HAD, qui nous a permis d'évaluer la dépression et l'anxiété auprès de nos sujets ; ainsi que l'échelle de bien-être mental de Warwick, qui nous a aidés à déterminer le niveau de bien-être mental et les dimensions psychosociales affectées par les violences sexuelles chez nos sujets.

Pour traiter les données issues des échelles (Pcl-5, HAD et bien-être de Warwick), nous avons eu recours à des techniques statistiques, notamment à l'aide du logiciel SPSS version 20, afin d'effectuer des opérations telles que le calcul des mesures des indices de tendance centrale et de dispersion, ainsi que des analyses statistiques inférentielles. Celles-ci nous ont permis de nous prononcer sur les différences constatées, en nous appuyant sur le test de

Kolmogorov-Smirnov, le test Tau-b de Kendall et 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, les résultats issus de nos trois outils, à savoir le Pcl-5, le HADS et l'échelle de bien-être mental, constituent la base des rubriques importantes de cette section, à savoir :

- La présentation globale des résultats ;
- L'étude de la normalité et de l'homogénéité des distributions des scores des sujets aux trois instruments psychologiques (PCL-5, HADS et bien-être) ;
- L'étude de corrélations bivariées ;
- La discussion des résultats.

Présentation globale des résultats

Nous présentons de manière globale les résultats issus de nos outils de collecte des données. Cette présentation globale porte sur les aspects liés à la statistique descriptive, notamment les indices de tendance centrale et ceux de dispersion. Notons en outre que nous avons recours à la moyenne pour expliquer les résultats observés. Ces résultats concernent, d'une part, le trouble de stress post-traumatique, les troubles anxieux et dépressifs 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 cognitive	Hypervigilance
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
Asymétrie	,402	-,863	-,068	,739
Voussure	-,120	-,149	-1,138	,204
Somme	2510,00	1035,00	3396,00	2575,00

Il s'observe, à partir du tableau n°2, le constat selon lequel nos sujets ont obtenu, au niveau dimensionnel, les scores moyens suivants :

- Le score moyen de 17,2386 pour l'altération cognitive et de l'humeur est supérieur au score théorique dimensionnel de 16 ;
- Le score moyen de 13,0711 pour l'hypervigilance est supérieur à la moyenne théorique dimensionnelle de 12 ;
- Le score moyen de 12,7411 pour la reviviscence est supérieur à la moyenne théorique de 10 ;
- Le score moyen de 5,2538 pour l'évitement est supérieur à la moyenne théorique de 4.

Ainsi, ces scores indiquent que chaque dimension de l'échelle Pcl-5 est affectée à un niveau élevé, traduisant la présence de stress dans chacune des dimensions chez nos sujets. Il en résulte un score global de 48,3046, se situant au-dessus du seuil de 44 selon les critères diagnostiques du DSM-5, ce qui confirme la présence d'un trouble de stress post-traumatique élevé chez ces adolescentes.

Tableau 3 : Présentation globale des résultats HADS (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 montre que 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 se dégage du tableau n°4 que les sujets ont obtenu, au niveau dimensionnel, un score moyen de 15,4518 pour la dimension hédoniste (état de bonheur et satisfaction de vie) et un score moyen de 15,0355 pour la dimension eudémoniste (fonctionnement psychologique positif, relations satisfaisantes avec les autres, réalisation de soi et acceptation). Ces scores, étant inférieurs au score théorique de 17,5 de l'échelle, indiquent une atteinte des dimensions du bien-être psychologique et social des sujets contactés. Cela signifie que les violences sexuelles affectent l'état de bonheur et la satisfaction de vie, ainsi que le fonctionnement psychologique positif, les relations satisfaisantes avec les autres, la réalisation de soi et l'acceptation de soi, en les rendant précaires.

Normalité de la distribution des échelles (Pcl-5, HADS et Bien-être de Warwick)

Dans toute étude scientifique utilisant un instrument relevant d'une échelle d'intervalle, il est exigé du chercheur d'étudier la normalité des distributions, car de cette analyse dépend le choix des tests statistiques à utiliser au niveau de l'analyse inférentielle. Le choix du test de Kolmogorov-Smirnov se justifie par son caractère pratique et sa facilité d'interprétation. Nous partons de l'hypothèse nulle selon laquelle la distribution normale est identique à celle des scores au Pcl-5, au HADS et à l'échelle 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 :

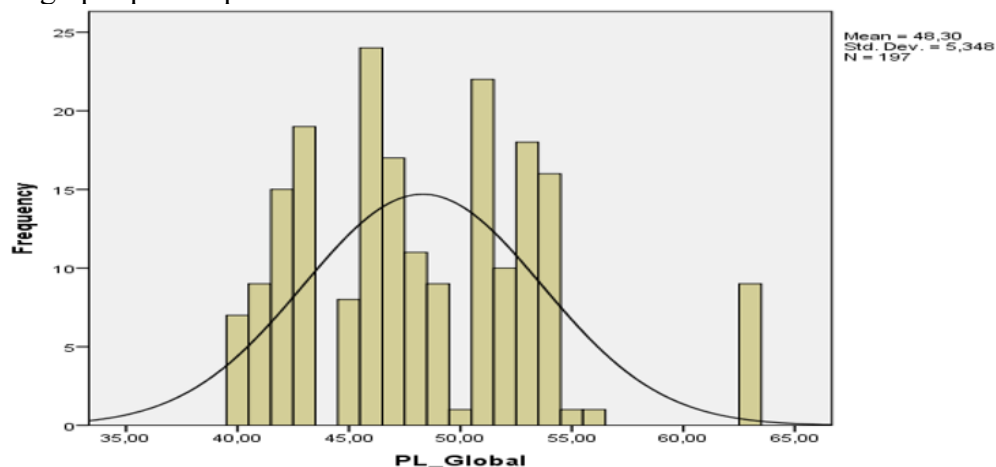


Figure 1 : Histogramme de la distribution des notes de l'échelle de Pcl-5

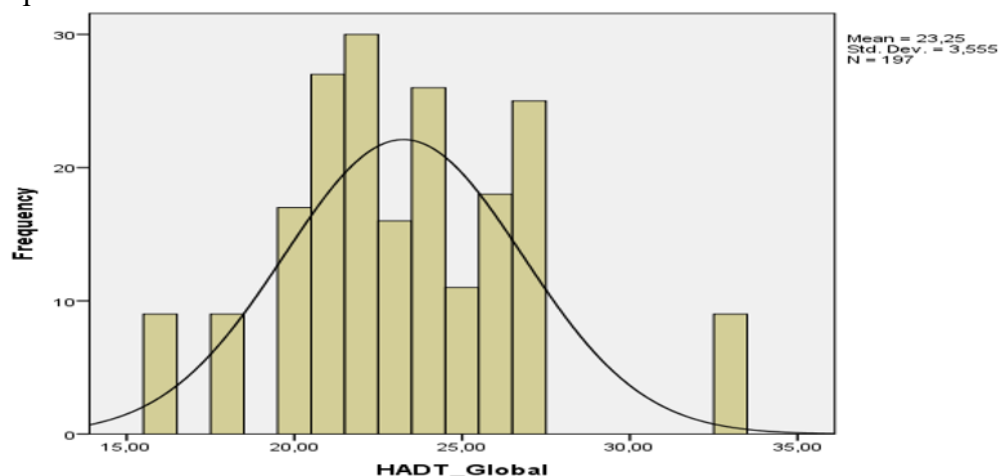
La lecture de cette figure révèle que les données de la distribution des notes à l'échelle Pcl-5 ne respectent pas les mesures de voussure et d'asymétrie d'une distribution normale.

De ce fait, nous allons recourir aux tests statistiques non paramétriques pour l'analyse différentielle des résultats concernant le stress post-traumatique. À cet effet, nous optons pour le test H de Kruskal-Wallis afin de contrôler l'influence des variables comportant 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 HADS à l'aide du test de Kolmogorov-Smirnov

Indices statistiques	Anxiété	Dépression	P
Kolmogorov-Smirnov Z	2,293	1,719	0,05
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,004	

La lecture du tableau n°6 indique que les probabilités associées aux notes du HADS (anxiété et dépression) (0,00) sont inférieures à 0,05. Ainsi, nous rejetons l'hypothèse nulle d'absence de différence entre la distribution des notes du HADS et une distribution théoriquement normale. Dans cette optique, nous pouvons conclure que la distribution des notes du HADS n'est pas normale. Ces résultats sont également confirmés par le graphique ci-après :



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

De ce fait, nous allons également recourir aux tests statistiques non paramétriques pour l'analyse différentielle des résultats concernant l'anxiété et la dépression (HADS). À cet effet, nous optons pour le test H de Kruskal-Wallis afin de contrôler l'influence des variables comportant plus de deux groupes (niveau d'études, confession religieuse, lieu de l'incident et période de l'incident). La lecture du tableau n°7 indique que la probabilité associée

aux notes de bien-être mental (hédoniste et eudémoniste) (0,00) est inférieure à 0,05. Ainsi, nous rejetons l'hypothèse nulle d'absence de différence entre la distribution des notes de bien-être mental et une distribution théoriquement normale. Nous pouvons donc conclure que la distribution des notes de bien-être mental n'est pas normale, comme l'illustre également le graphique ci-après.

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 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 :

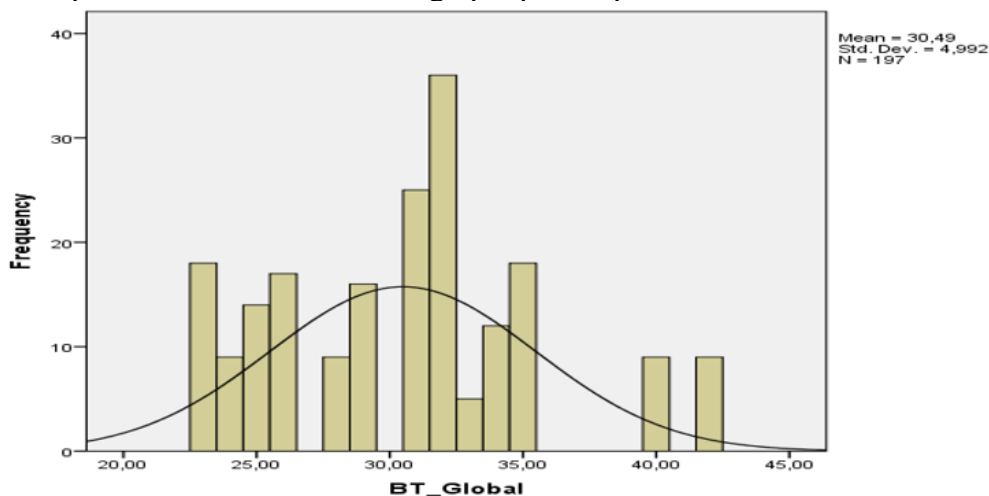


Figure 3 : Histogramme de la distribution des notes de l'échelle de Bien-être de Warwick

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

De ce fait, nous allons également recourir aux tests statistiques non paramétriques pour l'analyse différentielle des résultats concernant le bien-être mental. Par conséquent, nous optons pour le test H de Kruskal-Wallis afin de contrôler l'influence des variables comportant plus de deux groupes.

Corrélation entre les aspects examinés

Souhaitant vérifier la corrélation entre les scores des adolescentes au Pcl-5, au HADS et à l'échelle de bien-être mental de Warwick, nous avons eu recours au coefficient de corrélation Tau-b de Kendall. Le choix de ce coefficient se justifie par le fait que nos données sont non métriques et ne suivent pas une distribution normale.

Tableau 8 : Relation entre Pcl-5 et HADS

Indices	RV	EV	ALCH	HYV	AN	DE
RV	1.000	0.347**	0.045	-0.020	0.179**	0.104
	—	0.000	0.418	0.711	0.001	0.056
EV		1.000	-0.164**	0.207**	0.002	0.311**
		—	0.003	0.000	0.968	0.000
ALCH			1.000	0.157**	-0.063	-0.053
			—	0.004	0.246	0.317
HYV				1.000	0.027	-0.009
				—	0.616	0.868
AN					1.000	-0.230**
					—	0.000
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	0.347**	0.045	-0.020	-0.203**	0.069
	—	0.000	0.418	0.711	0.000	0.206
EV		1.000	-0.164**	0.207**	-0.289**	0.199**
		—	0.003	0.000	0.000	0.000
ALCH			1.000	0.157**	0.020	0.178**
			—	0.004	0.716	0.001
HYV				1.000	-0.084	-0.140**
				—	0.123	0.010
B-He					1.000	0.256**
					—	0.000
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 HADS et bien-être mental de Warwick

Indices	AN	DE	B-He	B-EU
AN	1.000	-0.230**	-0.050	0.330**
	—	0.000	0.354	0.000
DE		1.000	-0.521**	-0.332**
		—	0.000	0.000
B-He			1.000	0.256**
			—	0.000
B-EU				1.000

Légende :

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

Ce tableau n°10 montre que :

- 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 procédons maintenant à leur discussion. Il s'agit de dégager un sens par rapport aux résultats observés et de les confronter à ceux des études antérieures, conformément aux objectifs que nous nous sommes assignés : évaluer le degré du traumatisme psychique causé par les violences sexuelles chez les adolescentes et déterminer les dimensions psychiques et sociales affectées.

Il ressort de nos résultats quantitatifs que les sujets enquêtés ont obtenu une note moyenne (48,3046) supérieure à la moyenne théorique (44) à l'échelle Pcl-5 du stress post-traumatique. Dans cette optique, nous pouvons affirmer que les adolescentes victimes de violences sexuelles contactées présentent un trouble de stress post-traumatique à un degré élevé.

À ce propos, vécues comme une catastrophe, les violences sexuelles sont déstabilisantes pour les adolescentes. Ces résultats corroborent ceux de

l'Association Mémoire Traumatique et Victimologie (2015), qui a révélé que plus les violences sexuelles surviennent tôt dans la vie des victimes, 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 ayant le plus d'impact sur la santé mentale et physique à court et à long terme. Plus les victimes sont jeunes, plus les conséquences sont graves. De nombreuses conséquences psychotraumatiques pourraient être évitées grâce à une prise en charge de qualité.

L'échelle HAD a montré que les notes moyennes obtenues par nos enquêtées sont respectivement de 11,3858 pour la dépression et de 11,8629 pour l'anxiété. En les situant sur l'échelle d'interprétation, ces notes se trouvent dans l'intervalle de 11 à 21, correspondant à la présence de troubles anxieux et dépressifs avérés chez nos sujets. Ces résultats corroborent ceux de Gilsanz (2024), qui soulignent que les violences sexuelles chez les mineurs et leurs répercussions psychologiques constituent un sujet de recherche toujours d'actualité. Les données concernant les répercussions psychiques à long terme des violences sexuelles subies dans l'enfance et l'adolescence sont nombreuses et témoignent d'un impact considérable sur la santé mentale, avec un risque accru de troubles anxio-dépressifs, de stress post-traumatique et de comportements suicidaires.

L'échelle de bien-être mental montre que nos enquêtées ont obtenu un score global moyen de 30,4873, inférieur à la moyenne théorique de 52. Nous pouvons donc dire que les violences sexuelles sont à la base d'un état de mal-être mental, perturbant la dimension psychique du bien-être, notamment le sentiment de bonheur et la satisfaction de vie, ainsi que la dimension sociale, incluant l'acceptation de soi, le fonctionnement positif, les relations satisfaisantes avec les autres et la réalisation de soi chez les adolescentes reçues à l'Hôpital Général de Référence de Boma. Ces résultats corroborent ceux de Bahati (2023), qui relève que les femmes victimes de violences sexuelles se trouvent dans un état de vulnérabilité psychosociale, caractérisé notamment par le fait d'être connues dans la communauté comme victimes, de porter une grossesse issue du viol, d'avoir un enfant issu du viol, d'avoir vécu un avortement, de souffrir d'insomnie ou de difficultés à réintégrer leur groupe de pairs.

Par ailleurs, les analyses de corrélation montrent, de manière générale, une relation entre le PclL-5, le HADS et l'échelle de bien-être mental de Warwick. Ces résultats de corrélation, attestant un lien entre les différents aspects examinés dans cette étude, indiquent que les adolescentes victimes de violences sexuelles présentent un état de stress post-traumatique, d'anxiété et de dépression qui altère leur bien-être mental dans ses dimensions psychologique et sociale. Ils corroborent ceux de Marie-Vincent (2016), qui attestent que la violence sexuelle, même sans contact physique, entraîne des

conséquences dévastatrices chez les enfants et les adolescentes. À court terme, les jeunes victimes peuvent souffrir de problèmes émotionnels, psychologiques et de santé physique importants. Des séquelles sévères peuvent également se manifester dans de multiples domaines du fonctionnement, incluant l'adaptation interpersonnelle, 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 également ceux d'Atlas et al. (1998), qui montrent que les adolescents ayant vécu des agressions sexuelles présentent davantage de 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, de comportements suicidaires et de difficultés relationnelles que ceux n'ayant pas vécus de telles expériences.

Conclusion

Les résultats de cette étude montrent que les violences sexuelles entraînent une altération profonde du bien-être mental des adolescentes victimes. Cette atteinte concerne à la fois les dimensions psychiques et psychosociales, se traduisant par une diminution de l'état de bonheur subjectif et de la satisfaction de vie (bien-être hédonique), ainsi qu'une altération du fonctionnement psychologique positif, des relations interpersonnelles, de la réalisation de soi et de l'acceptation de soi (bien-être eudémonique). Ces perturbations s'inscrivent dans un contexte de traumatisme psychique élevé, confirmant l'ampleur des répercussions psychotraumatiques des violences sexuelles à l'adolescence. Au regard de ces constats, il apparaît indispensable de renforcer les stratégies de sensibilisation communautaire afin d'encourager la dénonciation précoce des violences sexuelles et de réduire les barrières socioculturelles qui entravent l'accès aux soins. La mise en place de parcours systématiques d'évaluation psychologique clinique pour les survivantes doit être intégrée aux structures de santé, dans une approche holistique associant prise en charge psychothérapeutique, soutien psychosocial et accompagnement familial. Par ailleurs, favoriser l'expression et la verbalisation des vécus traumatiques constitue un levier essentiel pour diminuer la détresse psychologique et soutenir le processus de reconstruction psychique. Ces actions combinées sont nécessaires pour promouvoir la résilience et améliorer durablement la santé mentale des adolescentes victimes de violences sexuelles.

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.

Déclaration à l'intention des participants humains : Le comité d'éthique de l'Université de Kinshasa n'est pas encore installé. Cependant, la faculté de Psychologie et des Sciences de l'éducation de l'Université de Kinshasa a approuvé la réalisation de cette étude.

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, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, Université de Liège].
2. Atlas, T., & Ingram, D. (1998). Betrayal trauma in adolescent inpatients. *Psychological Reports*, 83(3), 914.
3. Bahati, S. (2021). *Facteurs de vulnérabilités psychosociales chez les femmes victimes de violences sexuelles à Kananga* [Mémoire de DEA inédit, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, Université de Kinshasa].
4. Damiani, C. (2011). Psychothérapie post-traumatique et réparation. In *Figures et traitement du traumatisme*. Dunod.
5. Dinwiddie, S., Heath, A., Dunne, M., Bucholz, K., Madden, P., Slutske, W., Bierut, L., Statham, D., & Martin, N. (2000). Early sexual abuse and lifetime psychopathology: A co-twin control study. *Psychological Medicine*, 30(1), 41–52.
6. Gilsanz, M. (2024). Violences sexuelles chez les mineurs et conséquences psychopathologiques à l'adolescence : Aspects historiques et contemporains. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 72(1), 1–8.
7. Hamza, N. (2006). *Violences basées sur le genre : Manuel de formation à l'intention des écoutantes*. Anaruz.
8. Marie-Vincent Foundation. (2016). *Violences sexuelles : Fondation et centre d'expertise québécoise*.
9. Ndeye, A. (2021). *Violences basées sur le genre en Afrique de l'Ouest : Cas du Sénégal, du Mali, du Burkina Faso et du Niger*. Friedrich-Ebert-Stiftung.
10. UNICEF, & International Rescue Committee. (2023). *Directive pour la prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles* (2e éd.). UNICEF.
11. Van der Kolk, B. A. (2018). *Le corps n'oublie rien : Le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme*. Albin Michel.