



**DETRESSE PSYCHOLOGIQUE DES ADOLESCENTES VICTIMES DE
VIOLENCES SEXUELLES PAR UN MEMBRE DE LA FAMILLE DANS LA VILLE
DE BOMA-RD.CONGO**

1. **BILOLO NTUMBA Jules (Université Pédagogique de Kananga, RDC)**
Psychologue Clinicien, Assistant et Doctorant
Co-auteur(e)s :
2. **AUSSE FURAH Stéphanie (Université de Kinshasa, RDC)**
Psychologue Sociale, Assistante et Doctorante
3. **MAYONGA SABOWA Francine (UNIVERSITE DE KINSHASA, RDC)**
Psychologue Clinicienne, Assistante et Doctorante
4. **MULA ONLA Erick (Université de Kinshasa, RDC)**
Psychologue clinicien, Assistant et Doctorante
5. **MUJINGA KOLONGO Généreuse (Université de Kinshasa, RDC)**
Psychologue clinicienne et Doctorante

Résumé

Cette étude quantitative, qui s'inscrit dans le cadre de notre pratique de psychologue clinicien et prise en charge psychosociale à l'Hôpital General de Reference de Boma dans la ville de Boma, province de Kongo-Central-RDC, concerne 57 adolescentes violées par un membre de la famille. L'échelle de détresse psychologique(K6) et l'échelle de HAD utilisées dans notre étude., nous ont permis de relever que ces adolescentes se trouvent dans un état de détresse psychologique très élevé générant ainsi les symptômes d' un état Anxio-dépressif avéré à cause de l' appréhension sur la relation autour de l'identité de l'auteur et les effets occultes qui accompagnent ce type de violence sexuelle du point de vue ethno-psychopathologique et anthropologique. De ce fait, ces adolescentes développent un état de bien-être précaire, sollicitant une prise en charge psychosociale adéquate d'urgence basé sur les aspects ethno-psychopathologique et anthropologique.

Mots-clés: détresse-psychologique, adolescente, violences-sexuelles, famille.

Abstract

This quantitative study, which is part of our practice as a clinical psychologist and psychosocial care provider at the Boma general reference hospital in the province of Kongo Central-DRC, concerns 57 teenage girls raped by a family member. The psychological distress scale(K6) and the HAD scale used in this study allowed us to note that these adolescent are in a state of very high psychological distress, thus generating the symptoms of an anxiety-depressive state proven because of the apprehension about the relationship around the identity of the perpetrator and the hidden effects that accompany this type of sexual violence from the ethnopathological and antropological point of view. As a result, these adolescents develop a precarious state of psychosocial well-being requiring adequate emergency psychosocial care based on ethnopsychopathological and anthropological aspects.

Key-words : Psychological distress, adolescent, sexual-violence, family

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.17600572>

1. Introduction

La famille considérée comme une sphère de la socialisation de l'enfant et de l'adolescente pour sa construction, son identité, sa protection ainsi que son épanouissement. Cette dernière est considérée aujourd'hui comme un lieu où se produit les plus de violences sexuelles pour les femmes et les jeunes filles.

Selon le Contre Violences sur Mineur(e)s en sigle CVM, (2018), les violences sexuelles désignent tous les actes imposés par une personne à un enfant ou un-e adolescent(e) avec son propre sexe ou le sexe de l'autre. Ainsi ces violences sexuelles incluent notamment, les attouchements, les exhibitions, le viol, l'inceste, le visionnage de vidéos pornographiques, l'extorsion, la prostitution de mineurs. A cet effet, ces violences sont fréquemment commises par un proche de l'enfant qui a une forme d'autorité sur lui entre autre, un membre de la famille, un ami de sa famille ou un professeur sans oublier que ces violences sur mineur(e)s sont aussi commises par les inconnus.

Il faut souligner que 1 fille sur 5 et 1 garçons sur 13 dans le monde dit avoir été victimes de violences sexuelles durant leur enfance. Ainsi, ces actes qui sont trop fréquents mais peu révélés se produisent pendant que l'enfant est très jeunes et entraînent des conséquences importantes sur sa santé, son moral et sa manière de grandir. (OMS, 2018)

Dans cette même ordre d'idée, les études soulignent que, souvent, les enfants et adolescent(e)s qui subissent ces actes ne savent pas quoi faire ni à qui en parler surtout quand la personne qui commet ces actes est un proche. Ils peuvent avoir peur de cette personne, peur de sa réaction avoir peur de ce qui va se passer ensuite et voire même développer un attachement à son agresseur en refusant de lui causer du tort. Cette attitude que prône la victime ou la survivante ne fera que l'enfoncer dans sa détresse et ne favorisera jamais sa résilience.

Cette étude précédente se complète par l'enquête d'Elise et al, (2023) menée en France, portant sur « les violences sexuelles durant l'enfance et l'adolescence : des agressions familiales dont on parle peu » stipule que les agressions sexuelles particulièrement celles subies pendant l'enfance et l'adolescence dans la famille reste difficiles à révéler et les résultats de cette enquête soulignent un total de 4,6 % des femmes et 1,2 % des hommes interrogés rapportent des violences incestueuses avant l'âge de 18 ans. Les violences sont également le fait des ami·es de la famille (2,2 % des femmes et 0,7 % des hommes). Ainsi les violences sexuelles intra et para-familiales sont rapportées par 6,8 % des femmes et 1,9 % des hommes. Les autres violences sexuelles, qui recouvrent différentes situations, sont rapportées par 6,1 % des femmes et 3,7 % des hommes.

Parmi elles, les plus fréquentes sont celles commises par un·e partenaire/ami·e (2,7 % et 0,8 %), un inconnu dans l'espace public (1,7 % et 0,9 %) ou une personne travaillant avec des enfants (0,7 % et 1,3 %). Parmi les personnes qui rapportent des violences sexuelles avant l'âge de 18 ans, 35,7 % des femmes indiquent qu'il s'agissait d'un membre de leur famille contre 21,6 % des hommes. Ces violences contre les jeunes filles par un membre de la famille sont commises dans 96,5 % des cas par un homme ; ce chiffre est de 89,7 % pour les jeunes garçons. Plus précisément, pour les femmes, une violence intrafamiliale sur trois (32,7 %) a été commise par le père ou le beau-père ; les agresseurs sont ensuite les oncles (17,9 %), les cousins (14,4 %) et les frères (14,1 %). Pour les hommes, les principaux agresseurs sont les frères (21,8 %), suivis des pères ou beaux-pères (20,7 %), des cousins (17,8 %) et des oncles (16,7 %).

Cependant, en RDC, la question touchant à la violence sexuelle des femmes et des jeunes filles repose sur la partie Est du pays et depuis plus d'une dizaine d'années, les statistiques s'accumulent au sujet des violences sexuelles en contexte de guerre. Par ce fait, la plupart de témoignages des victimes ne sont qu'une statistique de plus, une statistique parmi tant d'autres répertoriés dans les rapports qui, aussitôt publiés, seront rangés dans une étagère ou archivés et l'analyse de ce drame passe toujours par le contexte conflictuel dont les violences sexuelles sont utilisées comme une arme de guerre (AIDSPAN, 2023). Par contre, cette manière de voir les choses fait à ce que les chercheurs, les professionnels et les autorités étatiques perdent de vue sur une autre forme des violences sexuelles qui sème le désespoir dans d'autres régions de la RDC non en guerre dont les conflits de guerre ne sont pas récurrents.

De son côté, Linda, (2018) souligne que contrairement aux contextes de guerre ou de conflits, en milieu familial les violences sexuelles sous le toit familial sont monnaie courante aujourd'hui. Il s'agit des jeunes filles et femmes en milieu urbain qui subissent des abus sexuels sous le toit parental et y sont condamnées au silence suivant la loi « des tabous » et les victimes qui se retrouvent face à un individu estimé et respecté dans la famille ont très peu de chance d'être crues. Plusieurs victimes ne dénonceront les agressions sexuelles dont elles ont été victimes que plusieurs semaines, plusieurs mois ou plusieurs années plus tard, et ce, parce qu'elles craignent les représailles des membres de la famille. Il est tout aussi difficile de recueillir des témoignages des victimes des violences sexuelles sous le toit familial que celles perpétrées dans les zones de conflits armés. Dans cette perspective, le risque de porter la responsabilité d'avoir exposé la famille au déshonneur pèserait lourd face au préjudice subi. Mais en entretenant une sorte de chape de plomb sur les violences sexuelles en milieu familial

pour soi-disant préserver l'honneur et la paix familiale, a-t-on pensé un instant à la souffrance que peuvent endurer les victimes ?

En dépit de ce qui précède, nos activités de prise en charge psychosociale des cas des violences basées sur le genre à l'Hôpital Général de Référence de Boma précisément dans la ville de Boma dans la province de Kongo-Central-RDC en tant que psychologue clinicien, nous a permis de centrer notre attention sur l'une de forme de violence sexuelle qui a plus retenu notre attention et cependant, moins prise en compte dans sa particularité par son déni sociétal suite à la non dénonciation de cette dernière. Cette forme qui se nomme violence sexuelle chez les adolescentes et les enfants perpétrées par un membre de la famille (cousin, oncle, papa, grand-frère, grand-père et beau-père...) est à la base d'une grande détresse psychologique chez les victimes (survivantes) ainsi demande suffisamment du travail autour de la victime (survivante) pour son rétablissement en vue d'une résilience.

A cet effet, Cette forme de violence invite les professionnels à s'y mettre par un double travail auprès des survivantes (victimes) dont faire une bonne évaluation de la détresse psychologique d'un côté et de l'autre côté, aider les victimes à surmonter les traumatismes psychique ainsi que les accompagner dans la résolution de l'inceste causé par cette forme de violence sous l'approche ethno psychopathologie et anthropologique.

Dans notre contexte, c'est l'évaluation de la détresse psychologique et l'appréciation des symptômes des troubles psychologiques (dépression et anxiété) des adolescentes victimes des violences sexuelles par un membre de la famille qui constitue notre problématique et reste au centre de notre article. En mettant en relief les résultats obtenus de l'échelle de détresse psychologique(DK6) et l'échelle de HAD comme vécus par les adolescentes en vue de s'appréhender de la souffrance que cette forme de violence sexuelle cause.

2. Matériels et méthodes

2.1. Méthodes

Dans le cadre de cette étude, notre population est constituée des adolescentes victimes de violences sexuelles reçues à l'Hôpital Général de Boma dans la ville de Boma, province du Kongo-Central en RD. Congo. Etant donné que la présente étude s'inscrit dans le cadre de la recherche quantitative, nous optons pour l'échantillon probabiliste du type systématique aléatoire. A cet effet, notre échantillon comprend une taille de 57 sujets. Retenus selon les critères suivants :

- Etre adolescente victimes de violences sexuelles dans une durée de 2 semaines ou plus;

- Etre résident dans la ville de Boma ou les périphériques de Boma ;
- Etre enregistré à l’HGR-Boma ;
- Etre disponible à participer à cette étude.

2.1.2. Caractéristiques de l’échantillon

2.1.2.1. Tableau n° 1 Répartition des sujets suivant les variables sociodémographiques

Variables	Modalités	f	%
Ecole	Etatique	35	61,4
	Privée	22	38,6
	Total	57	100,0
Niveau d’étude	7 eme	11	19,3
	8eme	10	17,5
	1 ere	14	24,6
	2eme	8	14,0
	3eme	9	15,8
	4eme	5	8,8
	Total	57	100,0
Confession religieuse	catholique	21	36,8
	protestante	13	22,8
	réveil	14	24,6
	autres	9	15,8
	Total	57	100,0
Période de l’incident	avant-midi	9	15,8
	Après-midi	15	26,3
	soir	14	24,6
	nuit	19	33,3
	Total	57	100,0

2.2. Matériels de récolte des données

Pour récolter les données auprès des sujets cibles, nous avons recouru à la méthode clinique objectivante, appuyée par l’échelle de détresse psychologique de Kessler (K6) et l’échelle de HAD. Le choix de ces instruments, nous a permis d’apprécier le degré de la détresse psychologique des adolescentes ainsi que les symptômes de troubles d’anxiété et de dépression que peut générer cette détresse.

2.2.1. Echelle de détresse psychologique(K6)

Crée par Kessler cette échelle a pour but d'évaluer l'état de détresse psychologique chez les sujets. On donne l'échelle qui comprend six questions au sujet et celui-ci choisit la réponse à la case qui lui convient. On lui dit qu'il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Les items sont cotés sur une échelle de 5 points. Le score maximum est de 24. Cependant, l'échelle K6 est constituée d'un questionnaire portant sur le sentiment de nervosité, de désespoir, d'agitation, de dépression, de découragement et d'inutilité ressenti au cours du dernier mois. Chacun des six items est noté sur 4 points, pour un score total allant de 0 à 24 points. Ainsi, son interprétation se fait de la manière suivante :

- Score supérieur ou égal à 13 : une maladie grave est probable ;
- Score inférieur à 13 : une maladie mentale grave est peu probable

2.2.2. Echelle Had (Hospital Anxiety and Depression Scale)

2.2.2.1. Nature

L'échelle HAD est une auto questionnaire structuré de 14 items qui a été développé par Sigmund et Sinaith (1983) afin de dépister les manifestations psychopathologiques les plus courantes.

2.2.2.2. Objectif

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété et sept autres à la dimension dépressive, permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score=21).

2.2.2.3. Cotation

Pour chaque item, quatre modalités de réponse codées de 0 à 3. Les items d'anxiété (1, 3, 5, 7, 9, 11,13) et de dépression (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) sont alternés. De plus, une alternance dans l'ordre des cotations (de 0 à 3 ou de 3 à 0) a été réalisée pour éviter le biais lié à leur répétition (items inversés).

Un score global est calculé en faisant la somme des réponses aux 14 items (varie de 0 à 42), ainsi que deux sous-scores correspondant aux deux sous-échelles (varient de 0 à 21). Plus les scores sont élevés, plus la symptomatologie est sévère selon Zigmond et Snaith, les seuils pour les deux sous-scores permettant d'identifier les cas présentant des symptômes dépressifs ou anxieux, sont les suivants :

- De 0 à 7 : absence de troubles anxieux et de troubles dépressifs ;
- De 8 à 10 : troubles anxieux ou dépressifs suspectés ;
- De 11 à 21 : troubles anxieux ou dépressifs avérés.

2.2.3. Procédures de collectes des données

L'administration de nos instruments a été faite en deux séquences, d'abord un entretien préparatoire et ensuite l'échelle de détresse psychologique(K6) et de HAD. En effet, après avoir obtenu le consentement des concernés, nous les avons reçus une après une dans notre cabinet de consultation.

Très souvent, nous avons utilisé le français, lingala, le Kikongo et le Kiyombe (langues du milieu) pour échanger avec nos sujets. Dans ce local calme, nous étions, accompagné de certaines assistantes sociales pour la traduction de français ou Lingala en Kikongo et Kiyombe pour nos sujets. Ces dernières étaient, au départ, mis en confiance avant tout échange. Tout s'est déroulé dans un climat de paix et de sérénité.

2.3. Matériels de traitement des données

Compte tenu de la nature quantitative des données récoltées, nous avons recouru au logiciel SPSS version 20 pour l'analyse statistique et traitements de nos données. Nos données étant non-paramétriques nous avons recouru aux statiques descriptives par le calcul des indices de tendances centrales et de dispersion (moyenne et l'écart-type) ainsi que les statistiques inférentielle avec le test de normalité de Kolmogorov, test de corrélation de tau-b de Kendall, le test H de Kruskal Willis et le test U de Whitney.

3. Résultats de l'étude

3.1. Tableau n°2 : Présentation globale des résultats de DK6 (N=57)

Indices statistiques	Globale échelle
Moyenne	14,8421
Ecart-type	2,18591

Le score moyen obtenu est de 14,8421, étant supérieur à la moyenne théorique de 13 au DK6, nous concluons que nos adolescentes présentent un état détresse psychologique élevé suite à

leur violence sexuelle par un membre de la famille. Ainsi, l'écart-type étant de 2,1891 montres sur quel écart ces adolescentes vivent leur détresse psychologique entre elles.

3.2. Tableau n°3 : Présentation globale des résultats de HAD (N=57)

Indices statistiques	Dimensions de HAD	
	Dépression	Anxiété
Moyenne	17,9123	17,7895
Ecart-type	2,46606	2,44026

Le score moyen obtenu à l'échelle de HAD pour la dimension de dépressions (17,9123) et (17,7895) pour la dimension de l'anxiété. Se situant dans la valeur allant de 11 à 21. Stipule que la détresse psychologique qu'éprouvent ces adolescentes leur conduit dans un état anxio-depressif avéré.

3.3. Normalité de la distribution et homogénéité des variances

3.3.1. Tableau n° 4: Etude de normalité des distributions de l'échelle de DK6 à l'aide du test de Kolmogorov-Smirnov

Indices statistiques	DK6	P
Kolmogorov-Smirnov Z	,181	0,05
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	

Les probabilités associées des notes de l'échelle de DK6 (0.00) sont inférieures au seuil de 0.05. Ainsi, nous rejetons l'hypothèse nulle de manque de différence entre la distribution des notes de l'échelle de DK6. Dans cette optique, nous pouvons conclure que la distribution des notes de l'échelle de DK6 n'est pas normale.

3.3.2. Tableau n° 5: Etude de normalité des distributions de l'échelle de HAD à l'aide du test de Kolmogorov-Smirnov

Indices statistiques	Anxiété	Dépression	P
Kolmogorov-Smirnov Z	,181	,310	0,05
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	

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.

3.4. Corrélation entre DK6 et HAD

Voulant vérifier la corrélation entre les scores des adolescentes au DK6 et HAD 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. Signalons par ailleurs que la valeur du Tau-b de Kendall varie de -1 à 1. Une valeur positive de tau-b indique une association positive, tandis qu'une valeur négative indique une association négative. Plus la valeur de tau-b est proche de -1 ou 1, plus la corrélation entre les variables est forte. Lorsque la valeur de tau est proche de zéro, il n'y a pas de corrélation entre les variables (Field cité par Makumole et als, 2024).

3.4.1. Tableau n° 6 relation entre DK6 et HAD

Indices	DK6	HA	HD
DK6	1,000	-,038	,015
	.	,730	,896
HA		1,000	-,221*
		.	,041
HD			1,000
			.

Légende :

- DK6 : détresse psychologique de Kessler ;
- HA : échelle de HAD dimension anxiété ;
- HD : échelle de HAD dimension dépression.

D'une manière générale, il existe une relation entre les notes de DK6 et les notes de HAD cependant leur particularité indique qu'il existe une corrélation négative faible statistiquement significative entre les notes de l'échelle de DK6 et la dimension d'anxiété de l'échelle de HAD. ($p < 0,01$: $r = -,038$) par contre les notes de DK6 et celles de HAD dans sa dimension de dépression révèlent une relation positive statistiquement significative ($p < 0,01$: $r = ,015$) ainsi qu'une relation négative statistiquement très significative entre les notes de dépression et de l'anxiété. ($p < 0,01$: $r = ,015$).

Ceci pour dire que la détresse psychologique que présentent les adolescentes est à la base des symptômes est à la base des symptômes de dépression et de l'anxiété dans son augmentation tout comme dans sa diminution.

3.5. Analyse différentielle des résultats

Cette partie a pour objectif de déterminer l'influence des variables modératrices de notre étude (Ecole, niveau d'étude, confession religieuse et lieu de l'incident) sur les échelles de DK6 et HAD.

Pour tester cette influence, nous recourons au test H de Kruskal Wallis pour contrôler l'influence les variables ayant plus de deux groupes (niveau d'étude, confession religieuse et lieu de l'incident) en rapport avec les notes de DK6 et HAD et au test U de Mann-Whitney pour contrôler l'influence des variables ayant deux groupes(Ecole) en rapport avec les notes de DK6 et HAD

3.5.1. Analyse différentielle des notes de DK6

3.5.1.1. Tableau n°7 : influence de la variable école sur les notes de DK6

Ecole	N	Mean Rank
Etatique	35	29,59
Privée	22	28,07
Total	57	
Mann-Whitney U		364,500
Z		-,360
Asymp.sig (2 tailed)		,719

La variable école n'a pas influencé les réactions des adolescentes enquêtés en ce qui concerne la détresse psychologique (DK6) dans la mesure où la probabilité y afférente (0,719) est supérieure à la probabilité critique (0,05). Ainsi, nous admettons que les sujets de notre étude ont le même niveau de détresse psychologique peu importe leur école.

3.5.1.2. Tableau n° 8 : Influence de la variable niveau d'étude sur les notes de DK6

Niveau d'étude	N	Mean Rank
7 eme	11	32,45
8eme	10	17,25
1 ere	14	33,36
2eme	8	52,00
3eme	9	18,67
4eme	5	14,50
Total	57	
	Chi-Square	33,472
	df	5
	Asymp. Sig.	,000

La variable niveau d'étude a influencé les réactions des sujets enquêtés en ce qui concerne La détresse psychologique(DK6) dans la mesure où la probabilité y afférente (0,00) est inférieure à la probabilité critique (0,01). Ainsi, nous admettons que les sujets de notre étude n'ont pas le même niveau détresse psychologique peu importe leur niveau d'étude.

3.5.1.3. Tableau n°9 : influence de la variable confession religieuse sur les notes de DK6

Confession religieuse	N	Mean Rank
catholique	21	22,69
protestante	13	37,46
réveil	14	15,82
autres	9	52,00
Total	57	
	Chi-Square	37,383
	df	3
	Asymp. Sig.	,000

La variable niveau d'étude a influencé les réactions des sujets enquêtés en ce qui concerne La détresse psychologique(DK6) dans la mesure où la probabilité y afférente (0,00) est inférieure à la probabilité critique (0,01). Ainsi, nous admettons que les sujets de notre étude n'ont pas le même niveau détresse psychologique peu importe leur confession religieuse.

3.5.1.4. Tableau n°10 : influence de la variable période de l'incident sur les notes de DK6

Période de l'incident	N	Mean Rank
Avant-midi	avant midi	9
Après-midi	apres midi	15
Soir	soir	14
Nuit	nuit	19
Total	Total	57
Chi-Square		14,453
df		3
Asymp. Sig.		,002

La variable période de l'incident a influencé les réactions des sujets enquêtés en ce qui concerne La détresse psychologique(DK6) dans la mesure où la probabilité y afférente (0,002) est inférieure à la probabilité critique (0,01). Ainsi, nous admettons que les sujets de notre étude n'ont pas le même niveau détresse psychologique peu importe leur période de l'incident.

3.5.2. Analyse différentielle des notes de HAD

3.5.2.1. Tableau n°11 : influence de la variable école sur les notes de HAD

Ecole	N	Mean Rank
Etatique	35	29,59
privée	22	28,07
Total	57	
Mann-Whitney U		367,500
Z		-,295
Asymp.sig (2 tailed)		,768

La variable école n'a pas influencé les réactions des adolescentes enquêtés en ce qui concerne la dépression et l'anxiété (HAD) dans la mesure où la probabilité y afférente (0,768) est supérieure à la probabilité critique (0,05). Ainsi, nous admettons que les sujets de notre étude ont le même niveau de dépression et anxiété peu importe leur école.

3.5.2.2. Tableau n° 12 : Influence de la variable niveau d'étude sur les notes de HAD

Niveau d'étude	N	Mean Rank
7 eme	11	32,45
8eme	10	17,25
1 ere	14	33,36
2eme	8	52,00
3eme	9	18,67
4eme	5	14,50
Total	57	
	Chi-Square	30,616
	df	5
	Asymp. Sig.	,000

La variable niveau d'étude a influencé les réactions des sujets enquêtés en ce qui concerne la dépression et l'Anxiété(HAD) dans la mesure où la probabilité y afférente (0,00) est inférieure à la probabilité critique (0,01). Ainsi, nous concluons que les adolescentes de notre étude n'ont pas le même niveau dépression et de l'anxiété peu importe leur niveau d'étude.

3.5.2.3. Tableau n°13 : influence de la variable confession religieuse sur les notes de HAD

Confession religieuse	N	Mean Rank
catholique	21	22,69
protestante	13	37,46
réveil	14	15,82
autres	9	52,00
Total	57	
	Chi-Square	29,812
	df	3
	Asymp. Sig.	,000

La variable confession religieuse a influencé les réactions des sujets enquêtés en ce qui concerne la dépression et l'Anxiété(HAD) dans la mesure où la probabilité y afférente (0,00) est inférieure à la probabilité critique (0,01). Ainsi, nous concluons que les adolescentes de notre étude n'ont pas le même niveau dépression et de l'anxiété peu importe leur confession religieuse.

3.5.2.4. Tableau n°14 : influence de la variable période de l'incident sur les notes de HAD

Période de l'incident	N	Mean Rank
Avant-midi	9	
Après-midi	15	
Soir	14	
Nuit	19	
Total	57	
	Chi-Square	11,940
	df	3
	Asymp. Sig.	,008

La variable période de l'incident a influencé les réactions des sujets enquêtés en ce qui concerne la dépression et l'Anxiété(HAD) dans la mesure où la probabilité y afférente (0,00) est inférieure à la probabilité critique (0,01). Ainsi, nous concluons que les adolescentes de notre étude n'ont pas le même niveau de dépression et de l'anxiété peu importe leur période de l'incident.

4. Discussion des résultats

Cette étude portant sur la détresse psychologique des adolescentes victimes des violences sexuelles par un membre de la famille rencontrées à l'Hôpital Général de Référence de Boma et cela conformément aux objectifs assignés à cette étude à savoir, évaluer la détresse psychologique des adolescentes violées par un membre de la famille et apprécier leur niveau d'anxiété et dépression.

Il ressort de nos résultats que les adolescentes enquêtées ont une note moyenne supérieure à la moyenne théorique pour l'échelle de DK6 et HAD. Dans cette optique, nous pouvons affirmer que les adolescentes victimes des violences sexuelles par un membre de la famille contactées présentent un état de détresse psychologique au degré élevé favorisant ainsi les symptômes de trouble de dépression et anxiété avérés auprès de ces dernières.

A ces propos, les violences sexuelles infligées par un membre de la famille 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. Et aussi 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 à l'adolescence sont assez nombreuses témoignant d'un impact considérable sur la santé mentale avec un risque majoré de troubles anxio-dépressifs, stress post-traumatique, et un risque suicidaire accru.

Par ailleurs, cette étude indique une corrélation existante positive et négative significative entre la détresse psychologique au DK6 et les symptômes de dépression et d'anxiété. Pour dire que, ces symptômes étant avérés non pris en charge sont à la base des troubles dépressifs et anxieux au court et à long terme chez les adolescentes. Ces résultats rejoignent ceux de Linda(2018) qui révèlent que les conséquences physiques et sociales, évaluer dans un environnement où l'on côtoie son bourreau quotidiennement, affecte également la psyché des survivantes. Cependant, les victimes des violences sexuelles sont significativement plus à risque de présenter des symptômes de stress post-traumatique, d'anxiété, de dépression, de comportements agressifs ou encore de dissociation et de dépersonnalisation.

Ainsi, L'analyse inférentielle révèle que la variable sociodémographique, à savoir, l'école n'a influencé pas les résultats de l'échelle DK6 et échelle de HAD, dans cette optique nous disons que ces adolescentes contactées ont le même niveau de détresse psychologique que ce soit au niveau l'anxiété tout comme au niveau de la dépression donc avéré. Par contre, les variables sociodémographiques à savoir : le niveau d'étude, la confession religieuse, la période de l'incident pour l'échelle de DK6 et l'échelle de HAD ont influencé les résultats. Ceci pour dire que ces adolescentes quel que soit leur niveau d'étude, leur confession religieuse, leur période de l'incident ne vivent pas de la même manière la détresse psychologique que ça soit au niveau de l'anxiété tout comme de la dépression.

Ces résultats corroborent ceux de Damiani, (2001) qui souligne que les enfants et les adolescents ne présentent pas les mêmes réactions 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

5. Conclusion

Au terme de cet article, qui s'inscrit dans le cadre de notre pratique de psychologue clinicien et de prise en charge psychosociale à l'Hôpital General de Référence de Boma portant sur : « détressé psychologique des adolescentes victimes de violences sexuelles par un membre

de la famille dans la ville de Boma-RDC » dont les objectifs étaient d'évaluer la détresse psychologique et d'apprécier les symptômes de troubles de dépression et d'anxiété auprès de ces adolescentes violées, prouve à suffisance que les violences sexuelles subies d'un membre de la famille sont à la base d'une détresse psychologique très élevée, marquée par la présence des symptômes de troubles de l'anxiété et de dépression avérés, rendant ainsi l'état de bien-être des adolescentes précaire. Par contre, en dehors d'être à la base des symptômes de troubles Anxio-dépressifs et autres, elles génèrent surtout une appréhension autour de l'identité du bourreau et des effets occultes attribués à cette forme de violences sexuelles pour un double travail du point de vue ethno-psychopathologique et anthropologique chez les adolescentes contactées dans cette région dont les professionnels doivent être considérés pendant l'accompagnement du type de ce cas.

Bibliographie

- 1) AIDSPAN (2023) impuissante : le cri des jeunes femmes violées sous le toit familial, OFM edition 151.
- 2) Camirand, H. & Nahou, V. (2008). La détresse psychologique chez les Québécois en 2005. Série d'enquête sur la santé dans la collectivité canadienne. En ligne <http://www.Stat.gruv.qc.ca/statistiques/santé/bulletin/zoom-santé-200809.pdf>
- 3) Diamiani C, (2011) psychothérapie post-traumatique et réparation : in figure et traitement du traumatisme. Paris, Dunod.
- 4) Elise, M., Nathalie, B, Jeanna-eve, P. (2023) violences sexuelles durant l'enfance et l'adolescence : des agressions familiales dont on parle peu, Population et Société France n° 612.
- 5) 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.
- 6) Larousse, P. (2010). *Larousse français*. Paris
- 7) Lenyur, L. & Tessier, R. (1987). « Stress et stressors : une mesure de la dimension chronique. » In *Revue québécoise de psychologie*, 8(1), 54-66.
- 8) Linda, M. (2018) recall of childhood trauma : A prospective study of women's memories of child sexual abuse : souvenirs de traumatismes de l'enfance : une étude prospective, *journal of consulting and clinical psychology*, 1994, vol. 62, N°6, 1167, 1176.
- 9) McCubbin, H., Jour, C.B, Cauble, A.E., Comeau, J.K., Pallerson, J.M. & Needler, R.H. (1980). « Family stress, coping and social support : A decade review ». In *Journal of marriage And family*, 42(4), 855-872.
- 10) OMS. (2020). *Adolescent*. Geneve.