

Traumatisme psychique par types des violences sexuelles chez les adultes et les enfants mineurs dans un contexte post-conflit dans la Province de la Tshopo en République Démocratique du Congo

André Mavinga Tana, Professeur
Marcel Otita Likongo, Professeur
Université de Kisangani, RD Congo
An Verelst

Chercheuse, Université de Gand, Gand, Bruxelles

Edouard Konan

Assistant Technique International au PLVS, Enabel, Kisangani, RD Congo

Chantal Nandindo

Assistante Technique National au PLVS, Enabel, Kisangani, RD Congo

[Doi:10.19044/esj.2022.v18n9p161](https://doi.org/10.19044/esj.2022.v18n9p161)

Submitted: 24 January 2022

Accepted: 28 March 2022

Published: 31 March 2022

Copyright 2022 Author(s)

Under Creative Commons BY-NC-ND

4.0 OPEN ACCESS

Cite As:

Tana M.A., Likongo M.O., Verelst A., Konan E. & Nandindo C. (2022). *Traumatisme psychique par types des violences sexuelles chez les adultes et les enfants mineurs dans un contexte post-conflit dans la Province de la Tshopo en République Démocratique du Congo*. European Scientific Journal, ESJ, 18 (9), 161.

<https://doi.org/10.19044/esj.2022.v18n9p161>

Résumé

Cet article vise à identifier les symptômes de la détresse psychologique suivant la typologie des violences sexuelles dégagée à partir des entretiens individuels avec des victimes et leurs proches ainsi que des données de la prise en charge médico-psychologique du centre de santé Alwaleed. L'étude inscrite dans le cadre de théorisation ancrée a utilisé comme sources les dossiers et les récits des victimes de violences sexuelles au centre Alwaleed ainsi que l'entretien individuel réalisé à domicile auprès des victimes et de leurs proches. Il a été observé que quelle que soit la situation-type dans laquelle se situe la victime, celle-ci exprime le traumatisme subi sur le plan aussi bien physique, psychologique que comportemental. Le traumatisme subi par les sujets des situations-types II et III provient des réactions de la famille et de la communauté. Le traumatisme dont souffre une victime affecte de la même

manière les membres proches de cette victime.

Mots clés : Violence, violences sexuelles, situation-type, traumatisme psychologique, Tshopo

Psychological Trauma by Types of Sexual Violence in Adults and Minors in a Post-Conflict Context in the Tshopo Province of the Democratic Republic of Congo

André Mavinga Tana, Professeur

Marcel Otita Likongo, Professeur

Université de Kisangani, RD Congo

An Verelst

Chercheuse, Université de Gand, Gand, Bruxelles

Edouard Konan

Assistant Technique International au PLVS, Enabel, Kisangani, RD Congo

Chantal Nandindo

Assistante Technique National au PLVS, Enabel, Kisangani, RD Congo

Abstract

This article aims to identify the symptoms of psychological distress according to the typology of sexual violence identified from individual interviews with victims and their relatives as well as data from the medical-psychological care of the Alwaleed health center. The study was based on a grounded theory framework and used as sources the files and accounts of the victims of sexual violence at the Alwaleed center as well as individual interviews conducted at home with the victims and their relatives. Therefore, it was observed that whatever the typical situation in which the victim finds herself, she expresses the trauma she has suffered on a physical, psychological and behavioral level. The trauma suffered by the subjects of type II and III situations comes from the reactions of the family and the community. The trauma suffered by a victim affects the members close to the victim in the same way.

Keywords: Violence, sexual violence, situation - type, psychological trauma, Tshopo

1. Introduction

Le phénomène de violence sexuelle est présent dans toutes les sociétés et connaît une augmentation dans le cas des conflits armés à l'instar de la

République Démocratique du Congo (RD Congo) qui en est le théâtre majeur depuis les années 1996 (Stark, Landis, Thomson & Potts, 2016 ; Casey et al., 2011 ; Lincoln, 2011).

Dans le même ordre d'idées, beaucoup d'auteurs font remarquer que les violences sexuelles commises par des civils dans les régions de conflits armés ou post-conflit connaissent un accroissement considérable (Bartels et al., 2011 ; Douma & Hillhorst, 2011).

En RD Congo, les auteurs (Peterman, Palermo, & Bredenkamp, 2011) ont souligné que les violences sexuelles sont légion, spécifiant que 1152 femmes seraient violées par jour, soit environ 48 viols perpétrés par heure. Dans les zones en conflits armés et dans les périodes de guerre et de troubles socio-politiques, le viol massif est souvent utilisé comme arme de guerre voire de dépeuplement notamment en Ituri, dans le Nord- et le Sud-Kivu ainsi que dans la région de Grands-Lacs (Human Rights Watch, 2002).

A Kisangani, ce sont les filles mineures et les enfants de moins de 12 ans qui, de plus en plus, en sont victimes. L'analyse d'un échantillon de 301 dossiers des victimes de violences sexuelles prises en charge au Centre Alwaleed de 2017 à 2018 a montré que le taux d'incidence des victimes mineures de 12 à 17 ans est de 17 % contre 10 % des enfants de moins de 12 ans (Alwaleed, Statistiques des victimes de violences sexuelles, 2017- 2018).

A partir de 2020 à Kisangani, chef-lieu de la province de la Tshopo, les statistiques des cas de violences sexuelles suivis au Centre de Santé Prince Alwaleed en situation post-conflit révèlent un taux croissant annuel de prévalence de plus de 800 cas pour une moyenne d'environ 70 victimes par mois (Enabel/PLVS –Alwaleed, 2020). Au cours de l'année 2021, le rapport partiel de la division provinciale de la santé en province de la Tshopo sur les violences sexuelles fait état de 433 cas de violences sexuelles dont 321 cas concernent la seule ville de Kisangani (Forum DHIS2, 2021).

Les violences sexuelles ont de graves conséquences sur le plan physique, psychologique et social (Kelly et al., 2017 ; Scott et al., 2017 ; Murray et al., 2015 ; Otita, 2013a et b ; Kohli et al., 2012, Mavinga, 2002 ; MSF-B, 1999). Une survivante de Bukavu citée par Rendôn et al., (2019, p.1) a déclaré que « *Violer, c'est aussi grave que tuer quelqu'un. C'est pire que tuer : être violée, c'est mourir en respirant. C'est tuer intérieurement* ».

Sur le plan physique, les violences sexuelles sont à l'origine des blessures corporelles allant de contusions légères et même graves (cas de fistules) à une invalidité permanente. Elles peuvent provoquer des problèmes de santé de la reproduction et être à l'origine de maladies sexuellement transmissibles, en particulier le VIH /SIDA ainsi que de grossesses non désirées et précoces.

Ensuite, les conséquences pour la santé mentale sont tout aussi graves et peuvent produire des effets négatifs durables, notamment la dépression, les

tentatives de suicide et un profond état de stress post-traumatique (Genon & al. 1997).

Enfin, les violences sexuelles influent sur le bien-être social des victimes, ces dernières étant souvent stigmatisées et parfois mises au ban de la société. Il peut aussi en découler d'autres effets négatifs sur le plan scolaire et socioéconomique. Rejetées et discriminées socialement par leur communauté, les victimes survivantes doivent vivre seules avec cette image de femmes souillées et avilies. Par exemple, de nombreuses femmes sont confrontées à l'exclusion et à la stigmatisation sociale de la communauté (Baelani & Dünser, 2011 ; Duroch, McRae, & Grais, 2011 ; Johnson et al., 2010 ; Heise, Ellsberg, & Gottemoeller, 1999). Cette stigmatisation entraîne à nouveau divers effets psychologiques. Elle explique une plus grande proportion des symptômes psychologiques que l'impact direct de la violence sexuelle (Kelly et al., 2017 ; Verelst, 2014).

La multiplicité des conséquences résultant des violences sexuelles (Campbell et al., 2009) a conduit de nombreux chercheurs à étudier les facteurs susceptibles d'avoir un impact notamment sur la santé psychique des victimes. De plus en plus, un modèle écologique est adopté afin d'offrir une approche plus large pour inspirer la recherche et l'intervention liées à la santé mentale des victimes de violences sexuelles (Campbell et al., 2009 ; Grauerholz, 2000 ; Neville et Heppner, 1999 ; Koss et Harvey, 1991 ;).

Ce modèle révèle que de multiples facteurs de l'écologie sociale sont associés à un risque accru d'effets négatifs ou des effets protecteurs sur la santé mentale des victimes d'agressions sexuelles. Saïas (2011) reprend la théorie de l'écologie sociale de Bronfenbrenner (1979) en l'appliquant au contexte de la psychologie de la santé communautaire. En ce sens, l'écologie sociale est constituée de différents environnements (systèmes), à savoir : l'ontosystème, caractérisant l'individu lui-même, avec ses caractéristiques génétiques, physiques et psychologiques ; le microsystème, qui constitue l'entité communautaire la plus proche de l'individu, celle dans laquelle sa participation va de soi (famille, amis, proches) ; le méso/ exosystème, dans lequel on trouve l'environnement plus large du sujet (environnement culturel, communautaire ou politique, qui exerce une influence sur ses comportements) ; le macrosystème, qui englobe les strates inférieures et constitue l'ensemble des valeurs, des traditions et des croyances de la culture du sujet. L'ensemble de ces systèmes s'inscrivent dans la trajectoire de vie, historique et culturelle que Bronfenbrenner appelle « chronosystème. »

Il y a alors lieu de s'interroger sur le sens de la recrudescence des agressions sexuelles dont les viols en période d'accalmie et de paix dans des pays comme la R D Congo, spécialement à Kisangani dans la Province de la Tshopo. En fait, actuellement, il apparaît de plus en plus que le viol n'a pas seulement pour but la satisfaction sexuelle mais il sert le plus souvent aux

agresseurs à démontrer leur pouvoir viril sur la victime considérée comme une proie. On peut faire l'hypothèse du rôle majeur que joueraient des facteurs socio-culturels dans la représentation collective de la sexualité et de la femme à travers un processus de banalisation lié aux mutations en cours dans un contexte de mondialisation. Celle –ci se traduit notamment par la révolution numérique dont l'Internet et le brassage des populations. Ce monde qui se globalise est en contradiction avec les valeurs ancestrales africaines qui accordaient à la femme le rôle de la mère génitrice et protectrice de la vie.

Dans la plupart des cas de violences sexuelles, il se produit non seulement un profond traumatisme psychologique chez la victime mais aussi des conflits intrafamiliaux. Ces conflits opposent, d'une part, la victime aux membres de sa propre famille et, de l'autre, les membres de la famille de la survivante à ceux de la famille de l'agresseur. Dès lors, le viol ou même sa suspicion provoque une grave crise avec dissension entre la famille de la victime et celle de l'agresseur comme aussi au sein de la communauté. Cette situation provoque une profonde blessure intérieure qui traumatise la victime comme cela se dégage du rapport du Groupe de Travail Multisectoriel sur les violences sexuelles « GTM », (2019).

Ce qui revient à dire que les violences sexuelles n'ont pas seulement des conséquences dévastatrices sur les victimes elles-mêmes mais aussi elles détruisent les liens familiaux, propagent des maladies et traumatisent la société. Dans le contexte congolais, les victimes doivent vivre avec la double souffrance d'avoir été non seulement violées mais aussi d'être ostracisées par leur communauté. Selon Daligand (2007, p. 68), le viol, toujours muet, cloue la langue, même et surtout s'il se commet sous la prolifération sonore de l'injure ou de la menace. C'est l'expulsion de l'être dans le non-sens de l'histoire personnelle.

La présente recherche s'intéresse à l'impact psychologique et social qui peut résulter de l'agression sexuelle que subit la victime. Elle s'intéresse aussi à l'impact de la découverte par la famille de l'existence d'une relation amoureuse socialement inacceptable entre leur fille et un homme (mineur ou adulte). La suspicion sociale d'une relation de copinage pousse les membres de la famille à vérifier la virginité de leur fille. Cette décision familiale de vérification de la virginité de l'enfant mineure est vécue comme une véritable intrusion dans son intimité, qui est cause de blessure narcissique comparable à la situation même d'un viol.

Selon Lebigot (2011, p.19), le traumatisme provient de la rencontre brusque d'un détail insoutenable qui fait irruption dans le champ de vision, se surajoutant à l'horreur préexistante. Il peut être également compris, selon cet auteur, comme une rencontre avec le réel de la mort (le néant).

C'est ainsi que les facteurs traumatogènes sont considérés habituellement mortifères, en particulier ceux liés à la violence humaine. Le viol y joue un rôle prépondérant.

Une recherche-action en cours menée depuis 2018 au Centre de santé Alwaleed par Enabel-PLVS (*Programme de Lutte contre les Violences Sexuelles*) en partenariat avec l'Université Catholique de Louvain (UCL), l'Université de Gand (UGENT) et l'Université de Kisangani (UNIKIS) a montré qu'il existe plusieurs catégories des victimes de violences sexuelles prises en charge dans cette structure. L'analyse du matériau déjà effectuée a permis de dégager 6 situations-types dans lesquelles peuvent être rangées les différentes victimes reçues :

- *Violences contre les enfants de moins de 12 ans (Situation-type I).*
- *Suspicion sociale pour contrôle de la virginité de la fille par la famille (Situation-type II).*
- *Violence normative avec absence de contrainte chez la « victime » (Situation-type III).*
- *Viol d'une fille mineure par un autre mineur à partir de 12 ans avec force sans ou avec relation de parenté (Situation – type IV).*
- *Viol d'une fille mineure de 12 à 17 ans avec ou sans grossesse par un ou des adultes avec ou sans relation de parenté ou encore par un adulte ayant une autorité sur la victime (Situation-type V).*
- *Viol d'une femme adulte âgée de 18 ans et au-delà par un ou plusieurs hommes connus ou inconnus avec ou sans grossesse (Situation-type VI).*

La présente étude a estimé opportun d'étudier suivant la typologie dégagée des violences sexuelles, les symptômes de la détresse psychologique identifiés lors des entretiens individuels avec les victimes et leurs proches et ceux présentés durant la période de leur prise en charge médico-psychologique au centre de santé Alwaleed, en prenant en compte également les signes physiques et médicaux.

Cette étude soulève les questions suivantes :

- au regard du nombre impressionnant des cas de violences sexuelles observés, toutes les victimes subissent-elles des atrocités avec la même intensité ou y a-t-il une diversité des situations-types d'agression sexuelle ?
- la détresse psychologique subie par les victimes de violences sexuelles s'exprime-t-elle selon le même tableau symptomatologique, quelle que soit la situation-type dans laquelle « se range la victime » ?

2. Méthode et techniques

2.1. Contexte

La région de Kisangani/Tshopo est une zone post-conflit où la violence sexuelle est encore un phénomène quotidien (McKenzie, 2006). La Tshopo est située dans la partie centre-nord du Congo et compte une population de plus 1602144 habitants (DB-City, s.d.). Le Centre de santé Alwaleed, situé dans cette zone, utilise une approche multisectorielle qui comprend une assistance médicale, psychosociale, juridique et socio-économique par référence pour cette dernière (Bene, 2018). En moyenne, le centre de santé Alwaleed reçoit 64 victimes par mois. Lorsqu'une victime arrive, elle bénéficie d'abord d'une consultation médicale, puis d'une consultation psychologique. Cette assistance médicale et psychologique est toujours gratuite, la procédure juridique dépend de la volonté de la famille.

2.2. Méthode de recherche

La méthode mise à profit dans cette recherche est l'approche empirico-inductive fondée sur la « Ground Theory » de Glaser et Strauss, cités par Hennebo (2009, p.6). C'est une méthodologie de recherche de type inductif, par opposition à la méthode hypothético-déductive de type expérimental. En effet, elle vise à construire des théories non pas à partir d'hypothèses prédéterminées mais à partir des données du terrain et de situations de terrain que le chercheur a collectées ou peut collecter. Une étude utilisant la théorie ancrée commence habituellement par une question non directive ou même par une collection de données qualitatives obtenues sur base d'un guide d'interview non structuré. Au fur et à mesure que le chercheur analyse les données collectées (corpus d'un matériau empirique), il remarque que des idées, des concepts et des éléments se répètent (phénomène de saturation lors du codage). Il code alors ces répétitions, puis avec les analyses suivantes, il groupe les codes en concepts, puis en catégories. Ces catégories peuvent devenir la base d'une nouvelle théorie (modélisation).

L'objectif principal de l'analyse inductive est de développer un ensemble de nouvelles catégories explicatives et de les intégrer dans un modèle descriptif qui résume le matériau et donne du sens aux données examinées. Elle est particulièrement appropriée pour l'analyse de données provenant d'études exploratoires, pour faire apparaître les dimensions importantes du phénomène étudié. De plus, la Grounded Theory pousse plus loin l'analyse en partant de ce modèle, en le développant de manière à en tirer une théorie explicative, à travers une série d'étapes ultérieures, que sont : la mise en relation, l'intégration, la modélisation et la théorisation.

La Grounded Theory est une approche empirico-inductive. Elle implique pour le chercheur d'adopter une attitude compréhensive, respectueuse vis-à-vis des données, des informations (aucune donnée n'est

mauvaise en soi) et de l'éthique (respect de la personne qui donne l'information ; ne pas faire apparaître un signe de rejet, de dénigrement à son égard). Pour le cas de la Grounded Theory (GT), les éléments explicatifs du phénomène (les théories) sont bien à l'état brut dans le matériau et, c'est au chercheur de les mettre à jour (par interprétation des données recueillies). En raison de l'utilisation de la GT, l'étude a exécuté trois activités, à savoir :

- l'identification des données (matériaux) et leur collecte ;
- l'analyse des données ;
- l'interprétation des données afin de les intégrer dans un cadre théorique qui se construit, permettant d'améliorer la connaissance et la compréhension du phénomène des violences sexuelles à l'étude (Mukiekie et al., 2021, pp. 221-222).

De l'avis de Marie-Claude et al. (2014), la force de la GT se situe à trois niveaux :

- elle comporte des étapes d'analyse détaillées qui contribuent à sa rigueur ;
- elle vise à examiner en profondeur les processus, ce qui permet de mettre en lumière les relations entre les problématiques et les structures sociales ;
- elle procure un langage commun qui aide les acteurs intéressés à mieux comprendre un phénomène et à permettre la mise en œuvre des actions.

Ainsi dit, la GT nous a donné la possibilité d'examiner en profondeur la détresse psychologique manifestée par les victimes des violences sexuelles et leurs proches dans la province de la Tshopo afin d'envisager des actions de prise en charge selon les situations-types identifiées par la recherche-action en cours.

2.3. Techniques

Pour s'assurer de la bonne compréhension de la situation des VVS, cette recherche a analysé d'abord un corpus de 301 dossiers médico-psychologiques remplis par les médecins et les psychologues cliniciennes du Centre de santé Prince Alwaleed spécialisé dans l'accueil et le suivi des Victimes des violences sexuelles de juillet 2017 à mai 2018. Chaque dossier clinique comprend un protocole médical et un protocole psychosocial mais aussi pour certains (100 dossiers) un récit plus ou moins détaillé des événements liés aux circonstances de l'agression sexuelle. Ensuite, à ce matériau issu des dossiers cliniques d'Alwaleed s'ajoute un corpus de 89 récits de VVS et de leurs proches récoltés en famille entre Novembre 2018 et Février 2019 par l'Equipe des Experts et des enquêteurs psychologues cliniciens.

2.4. Analyse

Les données issues du corpus ont été saisies dans un fichier Excel dont les lignes décrivent les caractéristiques des victimes et les colonnes des variables hypothétiques. Elles ont ensuite été transférées et traitées dans le progiciel SPSS₂₀ (Statistical Package for Sciences Social, 20^{ème} édition) en vue d'en dégager les fréquences et l'indice des pourcentages et enfin, l'analyse de contenu a été effectuée pour les 89 récits des VVS et de leurs Proches. L'analyse de l'ensemble de tous ces matériaux a permis d'identifier les symptômes aussi bien psychologiques, comportementaux que somatiques expressifs de la souffrance psychique ressentie par les survivantes de violences sexuelles globalement d'abord et par situation-type ensuite à partir de 89 récits des victimes de violences sexuelles analysés d'une manière qualitative.

3. Présentation des résultats

3.1. Présentation quantitative des symptômes

L'expression de la détresse psychologique chez les victimes de violences sexuelles (VVS) se traduit par un ensemble de signes polymorphes qui constituent un tableau symptomatologique riche et varié. Ce matériau est issu sur base d'une analyse quantitative des données des 301 dossiers cliniques du centre Alwaleed compilées dans un tableau d'Excel. Le tableau symptomatologique ainsi observé englobe des symptômes somatiques ou psychosomatiques et ceux de nature purement psychologique et comportementale.

3.1.1. Sur le plan somatique et psychosomatique

À ce niveau, l'étude a relevé dans les 301 dossiers cliniques d'Alwaleed des symptômes tels que de l'asthénie (51 cas, soit 16,9 %), les troubles de sommeil (insomnies 50 cas, soit 16,6 % et cauchemar 33 cas, soit 11 %), l'inappétence (17 cas, soit 5,6 %) et la tachycardie (2 cas, soit 1 %).

3.1.2. Sur le plan psychologique et comportemental

Il se dégage que les VVS ont manifesté par ordre d'importance décroissante de multiples réactions émotionnelles. On note ainsi le sentiment de tristesse (131 cas, soit 43,5 %), la colère (102 sujets, soit 33,9 %) et le découragement (69 cas, soit 22,9 %).

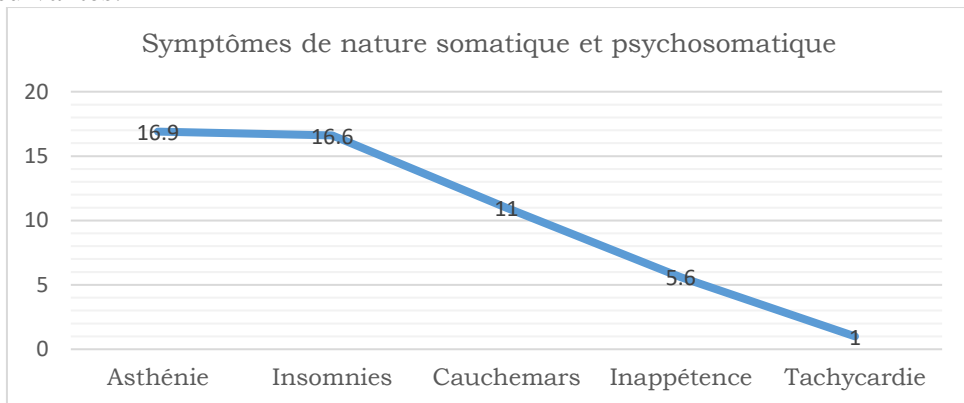
Il a été observé également les manifestations émotionnelles ou affectives comme l'angoisse (64 cas, soit 21,3 %), l'anxiété (63 cas, soit 20,9 %), les phobies (48 cas, soit 15,9 %), le désespoir (35 cas, soit 11,6 %) et le repli sur soi (32 cas, 10,6 %).

A cela s'ajoutent d'autres manifestations telles que le flash-back (26 cas, soit 8,6 %), le comportement apathique (25 cas, soit 8,3 %), la haine (15 cas, soit 5 %), le souci (14 cas, soit 4,7 %) ; la déception et mutisme (ex aequo

7 cas, soit 2,3 %) ; le sentiment de culpabilité (6 cas, soit 2 %) ; la perte de mémoire (5 cas, soit 1,7 %) ; la timidité (4 cas, soit 1,3 %) ; la révolte, l'aphonie, le sursaut, la dysarthrie (ex aequo 2 cas, soit 0,7 %) et enfin, le sentiment d'humiliation et la tentative de suicide (ex aequo un cas, soit 0,3 %).

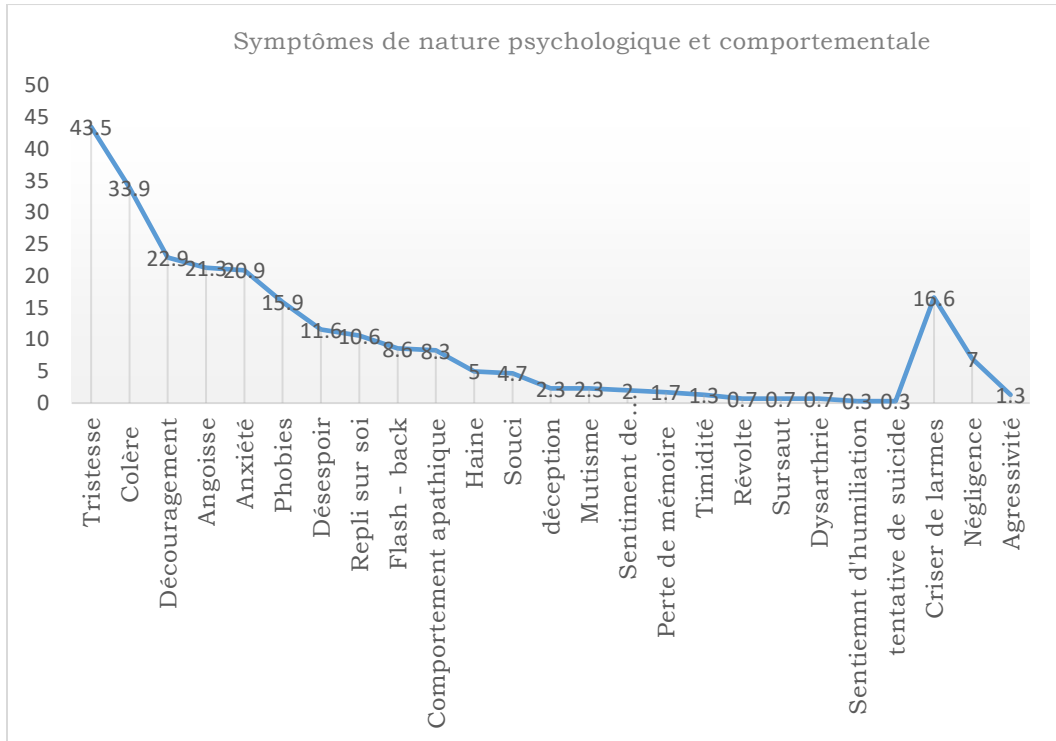
Un coup d'œil sur le corpus a permis de relever d'autres réactions expressives de la souffrance psychologique notamment la crise de larmes (50 cas, soit 16,6 %), la négligence (21 cas, soit 7 %) et l'agressivité (4 cas, soit 1,3 %).

Ces résultats sont présentés sous forme graphique dans les figures suivantes.



Graphique n°1 : Symptômes de nature somatique et psychosomatique

Ce graphique nous montre que sur le plan somatique et psychosomatique, l'échantillon des VVS pris en charge au centre Alwaleed se plaint par ordre décroissant de l'asthénie, des insomnies, des cauchemars, de l'inappétence et de la tachycardie.



Graphique n°2 : Symptômes de nature psychologique et comportementale

Ce graphique renseigne sur le plan psychologique et comportemental que les VVS prises en charge au Centre Alwaleed ont manifesté de la tristesse, de la colère, du découragement, de l'angoisse-anxiété, des phobies, du désespoir, du repli sur soi, de flash-back, du comportement apathique, etc.

3.1. Présentation qualitative de 89 récits des VVS et de leurs proches par situation-type

De façon qualitative, il a été dégagé aussi deux catégories de symptômes manifestés par les victimes et leurs proches. Il s'agit d'abord des plaintes à caractère somatique et psychosomatique, ensuite des signes de nature purement psychologique et comportemental relevés des entretiens individuels (89 récits).

3.2.1. Situation-type I : elle concerne les réactions observées chez les enfants de moins de 12 ans telles que rapportées par leurs proches.

3.2.1.1. Réactions présentées par les enfants

a. Réactions somatiques et psychosomatiques

Les proches parents ont remarqué chez les enfants abusés les réactions suivantes : l'inappétence, les douleurs au bas ventre et au dos, les pleurs, les difficultés de locomotion et d'uriner, le gonflement des jambes, etc.

b. Réactions psychologiques et comportementales

Les proches des victimes ont observé comme réactions chez leurs enfants : la honte, l'angoisse, la timidité, le repli sur soi, la peur phobique et l'isolement.

3.2.1.2. Réactions présentées par les proches des VVS

a. Réactions somatiques et psychosomatiques

Selon les proches des enfants, lors de l'incident ils ont ressenti un ensemble de réactions somatiques et psychosomatiques, à savoir : les maux d'estomac, les céphalées, le tremblement du corps, la transpiration, l'hypertension, les insomnies, l'amaigrissement et la crise de larmes.

b. Réactions de nature psychologique et comportementale

Lors de l'événement traumatique, ces proches ont manifesté les réactions suivantes : l'angoisse, l'anxiété, la colère, la haine, la rumination mentale, l'émotion vive, l'inquiétude, le sentiment de culpabilité, la perte de connaissance et le flash-back.

3.2.2. Situation-type II : il s'agit de cas de suspicion sociale par la famille de l'existence des relations sexuelles entre une mineure et un mineur ou un adulte sans flagrance. Ces enfants interrogées ont exprimé des réactions qui suivent :

a. Réactions de nature somatique et psychosomatique

Les victimes ont manifesté comme réactions l'inappétence, les troubles de sommeil (insomnies, cauchemars, etc.) et la crise de larmes.

b. Réactions de nature psychologique et comportementale

Les filles mineures de cette catégorie sont souvent amenées au centre de santé Alwaleed pour la vérification de leur virginité alors qu'il ne s'agit que de suspicion d'une relation amoureuse. Ces mineures ont déclaré avoir éprouvé la honte, la peur phobique, l'angoisse, l'anxiété, la tristesse, la colère, le comportement apathique, le désespoir, le découragement, le manque d'attention, le mutisme, le regret, la négligence, l'hyper activité, le sentiment de culpabilité et le flash-back.

3.2.3. Situation-type III : il s'agit des filles mineures découvertes par les parents entretenant des relations sexuelles consentantes avec un garçon mineur ou un adulte.

L'étude a montré que les mineures ayant des relations de copinage ont manifesté des réactions problématiques consécutives à l'attitude hostile de la famille. Ces réactions ont été observées aussi bien chez les victimes de violences sexuelles normatives¹ accusées injustement de viol que chez les proches.

3.2.3.1. Réactions observées chez les VVS

a. Réactions de nature somatique et psychosomatique

Comme symptômes, ces victimes consentantes ont manifesté les réactions suivantes : l'inappétence, des maux d'estomac, de l'amaigrissement, des insomnies et des palpitations cardiaques.

b. Réactions de nature psychologique et comportementale

Ces victimes stigmatisées par la famille expriment souvent les réactions psychologiques et comportementales suivantes : la haine contre les parents, la peur, la culpabilité, la colère, la honte, la rumination mentale, l'envie d'avorter, l'isolement, l'angoisse, la peur des hommes, la reviviscence, le regret, la tentative de suicide. Pour ce qui est du suicide, une VVS a déclaré : *« je suis allée dans une pharmacie et j'ai acheté une plaquette de comprimés qui font dormir (somnifères). (...), je suis allée dans une parcelle voisine de la pharmacie, j'ai demandé de l'eau puis j'ai avalé 6 comprimés. C'est lorsque j'ai commencé à sentir les effets que je suis rentrée vite à la maison. J'avais pris cela dans le but de me suicider car pour moi, je ne pouvais pas supporter la torture que ma mère m'infligeait et les humiliations que je subissais dans le quartier car ma mère racontait à tout le monde que j'avais des relations sexuelles précoces avec un homme »* (Récit. Mb.12).

3.2.3.2. Réactions chez les proches de VVS

a. Réactions somatiques et psychosomatiques

L'analyse du matériau a permis de relever les plaintes telles que les maux d'estomac, l'amaigrissement et les pleurs.

b. Réactions de nature psychologique et comportementale

L'analyse de récits a permis d'identifier des réactions comme la colère et la haine de la famille contre la VVS ainsi que les soucis. A la suite de ces réactions familiales, certaines VVS ont été chassées de la maison et rejetées par la communauté. Une victime a déclaré : *« J'étais rejetée par toute la famille que ce soit du côté de mes tantes que de la famille de mon agresseur. Je ne savais plus quoi faire ni où aller ; c'est seulement l'un des avocats qui me défendait et avait accepté de me prendre en charge en signant un document ; c'est ainsi que je suis allée rester chez lui »* (récit Mb.11).

¹ Toute relation intime avec une adolescente de moins de 18 est considérée comme violence sexuelle en RD Congo. Cf. la loi sur les violences sexuelles de 2006.

3.2.4. Situation-type IV : Elle concerne la mineure victime de viol consommé par un autre mineur. Ce viol peut entraîner ou non une grossesse de la part de victime ayant ou non une relation de parenté avec l'auteur.

3.2.4.1. Réactions des VVS

a. Réactions de nature somatique et psychosomatique

Les victimes ayant subi avec brutalité un viol manifestent de multiples réactions au plan physique et somatique notamment les maux de tête, le manque d'appétit, les maux d'estomac, les insomnies, les vertiges, les troubles de cycle menstruel (dysménorrhée ou aménorrhée) et les pleurs.

b. Réactions de nature psychologique et comportementale

Il s'est dégagé chez ces victimes des réactions comme la reviviscence, la peur (crainte pour sa vie, des IST, d'être seule, crainte de ne pas se marier), la honte, le désespoir, le regret de la perte de virginité, le dégoût de la vie, le manque de concentration (distraction), le désir d'avorter, l'angoisse, la déception, la frustration, le sentiment de culpabilité, la méfiance envers les hommes, l'inquiétude, sentiment d'inutilité et de rejet, le sentiment de stigmatisation, l'isolement et la perte de connaissance.

3.2.4.2. Réactions des proches

a. Réactions de nature somatique et psychosomatique

Les proches des victimes ont manifesté les plaintes comme les maux d'estomac, l'hypertension artérielle, les insomnies et les palpitations cardiaques.

b. Réactions de nature psychologique et comportementale

Les proches des victimes ont exprimé des réactions telles que la peur, la déception, l'angoisse, le regret, la colère, la haine, le bouleversement, la perte de connaissance, le pleur, le sentiment de vengeance. Un proche de la victime a déclaré : « *prochainement, je vais agir moi-même en poignardant un tel garçon voire le tuer et je verrais comment l'État viendra m'arrêter* » (Récit Be. 9).

3.2.5. Situation-type V : il s'agit du viol d'une fille mineure par un ou plusieurs adultes avec ou sans relation de parenté ou ayant d'autorité sur la victime. Ce viol peut entraîner ou non une grossesse.

3.2.5.1. Réactions des VVS

a. Réactions de nature somatique et psychosomatique

Les victimes de cette catégorie ont révélé comme réactions notamment le manque d'appétit, l'amaigrissement, les maux d'estomac, le vomissement

du sang, les maux de tête, les insomnies, les vertiges, les troubles de cycle menstruel (dysménorrhée) et les pleurs.

b. Réactions de nature psychologique et comportementale

Les VVS ont présenté des réactions comme la honte, la colère, la reviviscence, l'inquiétude, la peur phobique, la rumination mentale, la crainte de ne pas se marier, le bouleversement, le découragement, la déception, la tristesse, le regret de la virginité, le désir d'avorter, le désir de se suicider, l'angoisse, la frustration, le sentiment de culpabilité, la méfiance et la haine envers les hommes, le sentiment d'inutilité, de rejet et d'humiliation, le sentiment de stigmatisation et d'isolement, le manque de concentration et la perte de connaissance.

3.2.5.2. Réactions des proches des VVS

a. Réactions à caractère somatique et psychosomatique

Lors de l'incident, les parents et les autres membres de famille des VVS ont manifesté les plaintes telles que l'inappétence, les maux d'estomac, l'amaigrissement, l'hypertension, les insomnies, les pleurs et les palpitations.

b. Réactions nature psychologique et comportementale

Les réactions présentées par les proches des VVS à la suite de l'incident sont les suivantes : la peur, l'angoisse, le refus de parler de l'incident du viol survenu, le regret, la colère, la déception, le découragement, la haine et la perte de connaissance.

3.2.6. Situation-type VI : il s'agit du viol d'une femme adulte par un ou des hommes connus ou inconnus avec ou sans grossesse ou par son mari sans consentement.

3.2.6.1. Réactions des VVS

a. Réactions de nature somatique et psychosomatique

Il s'est dégagé lors des analyses que les VVS se plaignent des nausées, des maux de tête et d'estomac et des pleurs.

b. Réactions de nature psychologique et comportementale

Les victimes adultes ont manifesté des réactions comme le tourment dû à la souffrance morale, la reviviscence, la peur, la honte, l'inquiétude, la rumination mentale, la crainte de ne pas se marier, le sentiment de culpabilité, la méfiance, le sentiment de stigmatisation et d'isolement, la perte de connaissance.

3.2.6.2. Réactions des proches des VVS

a. Réactions de nature somatique et psychosomatique

Les proches des VVS ont exprimé des réactions comme les maux d'estomac et de tête, l'inappétence, les insomnies, le tremblement du corps, la

sudation, les nausées, la dysménorrhée (arrêt de règles), la fatigue, les pleurs et la menace d'avortement.

b. Réactions de nature psychologique et comportementale

Il a été observé que les proches des VVS ont révélé des réactions telles que la colère, la reviviscence, l'isolement, la peur, la honte, la timidité, les cauchemars, l'inquiétude, le bouleversement, la tristesse, le sentiment d'impuissance, la déception, le sentiment d'amertume, la perte de goût de la vie ou le désir de se suicider, la panique, le sentiment d'inutilité, de rejet et d'humiliation, le sentiment de vengeance, la perte de connaissance et le sentiment de vengeance. Un proche d'une VVS a déclaré : « *J'avais une idée dans moi qui me poussait à aller lui faire du mal ou de tuer ce mari.* » (Récit Mb 17)

3.3. Déterminants de violences sexuelles

L'agression sexuelle quelle que soit les modalités de sa survenue est favorisée par des facteurs de nature diverse qui peuvent être aussi fonction de la situation-type des violences. Le matériau analysé a permis de mettre en évidence des causes majeures à la base de ce phénomène. Lors des entretiens avec les victimes ou leurs proches, des causes ont été évoquées dans certains cas mais pour d'autres les sujets interviewés n'ont pas pu évoquer l'origine de la violence subie.

En premier lieu, pour les enfants de moins de 12 ans (type I), les facteurs évoqués par les proches sont les réseaux sociaux et les médias qui sont mis à la portée des enfants, des adolescents et des jeunes. Lorsque les enfants ont accès à ces sollicitations liées aux technologies de l'information et de la communication, ils sont portés à pratiquer sans discernement ce qu'ils voient. En second lieu, dans la conception congolaise, abuser d'une fillette ou d'une adolescente encore innocente est perçu comme un acte de sorcellerie ou la preuve que l'agresseur a pris des fétiches dont la condition exigée pour leur efficacité est un rapport sexuel avec une fillette. C'est ce que déclare cette mère de famille dont l'enfant est âgée de 10,5 ans : « *Peut-être là où il (violeur) était venu, on lui avait donné des fétiches qui l'ont rendu comme ça (obsédé sexuel) (esika awutaki, bapesaki ye kisi nde ebebisa ye bongo)* ». Pour la tante d'une fillette de 8 ans violée, elle a déclaré : « *Moi, je pense que ce sont les mauvais esprits ou la sorcellerie qui habitent ce violeur : « un enfant qui n'a même pas de seins sur sa poitrine, qu'est-ce que vous allez vraiment éprouver comme sentiment auprès d'elle » (récits Ri 8,9).* Par ailleurs, la pauvreté a été citée comme étant à la base des agressions sexuelles. Par manque de travail et par oisiveté, les agresseurs se livrent à longueur de journée à cette pratique d'abuser de filles d'autrui.

En rapport avec les victimes de type II, c'est-à-dire des filles mineures qui entretiennent précocement des relations amoureuses avec des garçons,

c'est d'abord l'habillement indécent qui dénude leur corps et provoque les garçons. Ce qui peut provoquer de violences sexuelles. Il y a aussi les mauvaises compagnies lorsque ces filles fréquentent des garçons avec une mauvaise éducation. D'autres enfants fréquentent précocement les bars et les discothèques qui sont de mauvais lieux incitant à la débauche. Enfin, il y a des filles qui, par manque de moyens, cherchent à se procurer des habits à la mode alors que leurs parents sont pauvres. Ce qui les pousse à la prostitution et à la recherche des hommes nantis.

Pour les catégories IV, V et VI, elles sont constituées des filles mineures ou des femmes adultes agressées par des garçons mineurs ou des hommes adultes. Elles sont victimes de viol par ruse, force, traquenard, rapt, etc. Mais à la base de ces agressions, il y a aussi l'habillement indécent et provocateur, la cupidité (*tama, kolula lula*), les films pornographiques, la musique, les sorties inutiles et les mauvaises compagnies (banditisme, comportements déviants) avec le goût de boissons très alcoolisées (Zododo). Il faut mentionner aussi le recours aux fétiches et à la magie qui, comme dit précédemment, poussent certains hommes à commettre des viols. Ce sont autant de facteurs qui favorisent les violences sexuelles selon le matériau décrypté.

3.4. Discussion des résultats

L'analyse de l'ensemble de tableaux symptomatologiques expressifs de la souffrance psychologique a montré que celle-ci se traduit généralement, d'une part, sur le plan somatique et psychosomatique et, de l'autre, sur le plan psychologique et comportemental. Ces résultats s'accordent de façon générale à ceux nombreux auteurs qui ont constaté que les violences sexuelles ont de graves conséquences sur le plan physique, psychologique et social (Kelly et al., 2017 ; Scott et al., 2017 ; Murray et al., 2015 ; Otit, 2013b ; Kohli et al., 2012, Mavinga, 2002).

Au niveau somatique et psychosomatique, les signes les plus patents sont notamment les maux d'estomac, les céphalées, la tachycardie, les insomnies, les cauchemars, le manque d'appétit, l'amaigrissement, les douleurs diffuses, la sudation, le tremblement du corps, l'hypertension artérielle, etc. Ces résultats confirment ceux de beaucoup d'auteurs qui soutiennent que le traumatisme psychologique s'exprime le plus souvent à travers le langage du corps. C'est le cas, par exemple, de Genon & al. (1997, p. 14), qui ont relevé que sur le plan somatique, les personnes traumatisées accusent fréquemment des réactions polymorphes au plan physique. C'est le cas aussi de Mavinga (2002, p.3), qui, dans un programme de santé mentale organisé en 2000 et 2002 en faveur des victimes traumatisées de la guerre de 6 Jours à Kisangani, a fait la synthèse des manifestations symptomatologiques par lesquelles le trauma s'exprime. Il a constaté que les réactions traumatiques

affectent tous les systèmes neuro-physiologiques au plan cardiovasculaire, respiratoire, urinaire, urogénital et digestif. Elles affectent aussi l'ensemble des dimensions de l'organisme au plan émotionnel, cognitif, affectif et de la vie de relation, démontrant ainsi l'existence de l'unité de la personnalité.

Sur le plan psychologique et comportemental, nos observations vont dans le sens des résultats obtenus par les auteurs intéressés à la problématique des réactions traumatiques chez les victimes exposées à diverses catastrophes, en particulier à celles liées aux violences humaines dont les conflits armés et les violences sexuelles (Mavinga 2002 ; Genon & al. 1997).

Nos résultats confirment ceux de Otita (2013a, p. 199), qui a constaté que les sujets confrontés à des événements traumatiques présentent des réactions de toutes sortes (revécu, d'évitement et d'activation physiologique) et cela est beaucoup plus prononcé chez les femmes.

Il a été constaté chez les victimes de situations - types IV, V et VI le sentiment de rejet et d'inutilité, le sentiment de stigmatisation, et l'isolement. Par ailleurs, les proches des victimes dans les situations-types I et III ont rapporté le sentiment de stigmatisation et de rejet dans la communauté. C'est également ce qu'ont affirmé les recherches de Baelani & Dünser, (2011) ; Duroch, McRae, & Grais, (2011) ; Johnson et al., (2010). Cette stigmatisation entraîne, à son tour, une plus grande proportion des symptômes psychologiques que l'incident direct de la violence sexuelle (Kelly et al., 2017 ; Verelst, 2014). Cette souffrance psychologique peut se manifester par des symptômes catégorisés à la fois sur le plan comportemental, émotionnel, intellectuel, affectif et social et de la personnalité.

Toutefois, les réactions que manifeste une personne traumatisée à l'instar d'une victime de violences sexuelles peuvent être considérées comme normales face à une situation qui est anormale. En d'autres termes, il est compréhensible qu'une victime d'abus sexuel réagisse conformément aux différents tableaux symptomatologiques ainsi observés parce qu'elle se trouve face à une situation mortifère qui échappe à son contrôle et la place dans un état d'impuissance (MSF-B, 1999).

Néanmoins, on sait aussi que sur base du principe de la résilience, beaucoup de victimes traumatisées retrouvent ou peuvent retrouver en elles la force nécessaire de « rebondir », c'est-à-dire de se rétablir « en acceptant l'inacceptable » (Mavinga, 2002).

De façon générale, les données issues des dossiers cliniques et des entretiens des VVS prises en charge par le centre Alwaleed de Kisangani prouvent deux choses. D'abord, les violences sexuelles, quel que soit le type d'agressions subies, s'expriment ainsi que le confirment les conclusions de la littérature en matière de psychotraumatologie, aussi bien sur le plan physique, psychologique, social et comportemental de façon multiforme. Certaines réactions peuvent être prédominantes chez tels individus que chez d'autres.

Néanmoins, il existe des constantes en ce qui concerne certaines réactions qui traduisent une souffrance psychologique profonde susceptible de ralentir un rétablissement holistique rapide et durable chez les victimes en ce sens que ces réactions s'avèrent profondément handicapantes. Nous pouvons citer par exemple le sentiment de suicide et de dépersonnalisation, le repli sur soi, l'angoisse et l'anxiété panique, le sentiment dépressif se traduisant par la perte d'intérêt vital et le désespoir, etc.

Il est vrai que les résultats obtenus à partir des matériaux analysés ont permis de rendre compte de la détresse psychologique des victimes de violences sexuelles dans la province de la Tshopo en RD Congo. Néanmoins, il y a lieu de reconnaître que les résultats de cette étude ne sont pas généralisables à l'ensemble de ce pays. Ainsi, ces résultats concernent essentiellement les populations concernées lors de la collecte des données. En attendant les conclusions d'autres études dans les différentes contrées de la RD Congo, signalons que les analyses faites dans cette étude ont permis de rendre compte de la souffrance psychologique rencontrée par les victimes de violences sexuelles au niveau physique, psychologique et social dans leur vie quotidienne.

Au regard de la détresse psychologique constatée chez les victimes de violences sexuelles, il y a lieu de se fonder sur une prise en charge unique et intégrée qui privilégie tous les volets, à savoir médical, psychologique, juridique et réinsertion sociale et/ou économique.

De ce fait, il revient à ce centre spécialisé dans la prise en charge des victimes de violences sexuelles de valoriser le rôle majeur des psychologues cliniciens et des assistants sociaux dans l'administration des soins. En outre, l'Etat congolais doit également faciliter l'intégration des psychologues cliniciens dans le système de santé en précisant leur statut à l'aide d'une loi. En RD Congo, les psychologues ne sont pas comptés parmi les professionnels de santé ni comme des administratifs mais plutôt comme autre catégorie de personnes œuvrant dans le domaine de la santé.

Conclusion

L'objectif majeur de cette étude était d'identifier les symptômes de la détresse psychologique suivant la typologie des violences sexuelles dégagée à partir des entretiens individuels avec des victimes et leurs proches ainsi que des données de la prise en charge médico-psychologique du centre de santé Alwaleed.

Pour collecter les données, nous avons recouru à l'approche empirico-inductive fondée sur la « Ground Theory ».

Partant, nous avons abouti aux résultats selon lesquels les victimes de violences sexuelles expriment la détresse psychologique sur le plan aussi bien physique, psychologique que comportemental quelles que soient les catégories

dans lesquelles elles se situent dans la typologie. En effet, on peut croire qu'une victime n'ayant pas subi un viol à proprement parler tel que défini par la loi congolaise² ne manifeste pas un traumatisme profond avec un ensemble de réactions symptomatologiques telles qu'observées dans cette étude (situations-types 2 et 3) étant donné qu'il n'y a pas eu pénétration ni agression d'aucune sorte. Mais, cette étude a révélé que même dans ces deux situations, les victimes incriminées faussement par la famille et la communauté ressentent effectivement une souffrance psychologique réelle se traduisant par les signes cliniques de nature somatique, psychosomatique, psychologique et comportementale.

De plus, il a été constaté que le traumatisme dont souffre une victime affecte de la même manière les membres proches de cette victime. Ces proches expriment également un tableau symptomatologique riche et polymorphe nécessitant une prise en charge psychosociale holistique. En particulier dans le cas des enfants de moins de 12 ans qui expriment difficilement leur détresse émotionnelle autrement que par le langage du corps, c'est le ressenti de cette souffrance par les membres de famille de confiance qui renseigne sur la profondeur de la souffrance vécue par l'enfant.

En outre, l'observation des symptômes manifestés par les victimes de violences sexuelles à deux moments différents à savoir lors de la prise en charge médico-psychologique au centre Alwaleed et lors du recueil des récits à domicile par les cliniciens montre clairement la persistance de la souffrance psychologique. Ce qui revient à dire que l'accompagnement psychosocial dont les victimes de violences sexuelles ont été bénéficiaires n'a pas eu d'effet de soulagement suite à une durée sans doute insuffisante de suivi.

Retenons également que le traumatisme psychique dont souffrent les victimes provient, comme l'enquête vient de le démontrer, des sources différentes. En effet, pour les situations-types I, IV, V et VI, où il y a recours à la force, le traumatisme psychique est dû à l'incident de viol subi par les victimes. Par contre, pour les situations-types II et III, où il y a suspicion sociale et violence normative, le traumatisme psychique que présentent les victimes est dû aux réactions sociales des familles et de la communauté. Ces réactions ont un impact psychologique et social chez les victimes de violences sexuelles.

² La loi sur les violences sexuelles 2006 en RD Congo

References:

1. Baelani, I., & Dünser, M. W. (2011). Facing medical care problems of victims of sexual violence in Goma/Eastern Democratic Republic of the Congo. *Conflict and Health*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/1752-1505-5-2>
2. Bartels, S., Kelly, J., Scott, J. Leaning, J., Mukwege, D., Joyce, N., & VanRooyen, M. (2013). Militarized sexual violence in South Kivu, Democratic Republic of Congo. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(2): 340-358.
3. Bartels, S., Scott, J., Leaning, J., Mukwege, D., Lipton, R., & VanRooyen, M. (2010a). Surviving sexual violence in Eastern Democratic Republic of Congo. *Journal of International Women's Studies*, 11, 4 4, 37-49.
4. Bartels, S., Van Rooyen M., Leaning, J., Scott, J., & Kelly, J. (2010b). "Now, the world is without me": An investigation of sexual violence in Eastern Democratic Republic of Congo. Harvard Humanitarian Initiative and Oxfam International. Retrieved from <http://www.iansawomen.org/sites/default/files/newsviews/HHIOxfam%20DRC%20GBV%20report.pdf>.
5. Bene, K. (2018). Rapport sur l'analyse institutionnelle du Centre de Santé Prince Alwaleed. Recherche-action. Enabel-Université de Kisangani, Université de Gand et Université Catholique de Louvain.
6. Campbell, R., Dworkin, E., & Cabral, G. (2009). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10, 225-246.
7. Casey, S. E., Gallagher, M. C., Makanda, B. R., Meyers, J. L., Vinas, M. C., & Austin, J. (2011). Care-Seeking Behavior by Survivors of Sexual Assault in the Democratic Republic of the Congo. *American Journal of Public Health*, 101(6), 1054-1055. <https://doi.org/10.2105/ajph.2010.300045>
8. Daligand, L. (2007). *Clinique et implication symboliques de la femme victime de viol*. In Crocq. Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes. Bruxelles : Elsevier-Masson.
9. Douma, N., & Hilhorst, D. (2012). *Fonds de commerce ? Sexual violence assistance in the Democratic Republic of Congo*. *Disaster studies*. Wageningen: Wageningen University.
10. Duroch, F., McRae, M., & Grais, R. F. (2011). Description and consequences of sexual violence in Ituri province, Democratic Republic of Congo. *BMC International Health and Human Rights*, 11(5), <https://doi.org/10.1186/1472-698x-11-5>

11. Eca-Widnet (1999). *La violence contre la femme. Manuel pour l'animation* (Traduit de l'anglais violence against women by Anne Marie Mpundu, 2001). Edit. Filles de Saint-Paul : Kinshasa.
12. Enabel/PLVS-Alwaleed (2020). *Rapport de la commission de validation des cas de violences sexuelles*.
13. Forum DHIS2. (2021). *Statistiques des cas de violences sexuelles*. Division Provinciale de la Santé Publique. Kisangani. Juin.
14. Genon, J-C., Massart, M et Pennewaert, D., (1997). *Le trauma. Conséquences et traitements*. Bruxelles : Editions Bernet-Danilo.
15. Glaser BG, Strauss AL, (1967). *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
16. GTM, (2019). *Rapport du groupe de Travail Multisectoriel sur les violences sexuelles*. Unikis : FPSE, Mai 2019.
17. Heise, L., Ellsberg, M. & Gottemoeller, M. (1999). Ending violence against women. *Population Reports Series L 11*, 26(4). Geraadpleegd van <https://vawnet.org/sites/default/files/assets/files/2016-10/PopulationReports.pdf>
18. Hennebo, N., (2009). *Guide du bon usage de l'analyse par théorisation encrée par les étudiants en médecine*. Université Lille. France. www.theorisationancree.fr.
19. https://www.rtbf.be/info/monde/afrique/detail_viol-en-rdc-la-marginalisation-des-femmes?id=9931764, Consulté le 25 février 2021
20. Human Rights Watch (2002). The war within the war: sexual violence against women and girls in Eastern Congo.
21. Johnson, K., Scott, J., Rughita, B., Kisielewski, M., Asher, J., Ong, R., & Lawry, L. (2010). Association of Sexual Violence and Human Rights Violations With Physical and Mental Health in Territories of the Eastern Democratic Republic of the Congo. *JAMA*, 304(5), 553. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1086>
22. Kelly, J., Albutt, K., Kabanga, J., Anderson, K., & VanRooyen, M. (2017). Rejection, acceptance and the spectrum between: understanding male attitudes and experiences towards conflict-related sexual violence in eastern Democratic Republic of Congo. *BMC Women's Health*, 17(127). <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0479-7>
23. Lebigot, F. (2011). *Traiter les traumatismes psychiques. Cliniques et prise en charge*. 2^{ème} éd. Paris : Dunod.
24. Lincoln, R. S. (2011). Rule of law for whom: Strengthening the rule of law as solution to sexual violence in the democratic republic of the congo. *Berkeley Journal of Gender, Law Justice*, 26(1), 139-167.

25. Mavinga, A., (2002). Expression de la symptomatologie du trauma chez les victimes de la guerre de 6 jours à Kisangani entre Rwandais et Ougandais en juin 2000. Doc. ronéotypé, inédit. MSF-B.
26. McKenzie, D. (2006, 4 augustus). Even where fighting has ended, sexual violence scars children and women in DR Congo. UNICEF. https://www.unicef.org/doublepublish/drcongo_35223.html
27. MSF-B., (1999). *Le trauma*. Module de formation. Médecins sans Frontières – Belgique.
28. Mukiekie, A., Loosa, S., Schmitz, O., Verest, A., Marleen, B., Konan, E., et Nandindo, C., (2021). Analyse des problèmes liés au parcours juridique des victimes des violences sexuelles dans la province de la Tshopo en République Démocratique du Congo. In *European Scientific Journal, ESJ*, 17 (33), 214, 214 -240.
29. Murray, S. M., Robinette, K. L., Bolton, P., Cetinoglu, T., Murray, L. K., Annan, J., & Bass, J. K. (2015). Stigma Among Survivors of Sexual Violence in Congo: Scale Development and Psychometrics. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(3), 491–514. <https://doi.org/10.1177/0886260515608805>
30. Otita, M. (2013a). *Traumatisme psychique et partage social des émotions chez les habitants de Mbandaka en République Démocratique du Congo. Contribution à la psychotraumatologie*. Thèse ronéotypée en Psychologie, Kisangani. Unikis : FPSE
31. Otita, M. (2013b). Traumatisme psychique chez les femmes et les filles victimes des violences sexuelles à Kisangani : une approche évolutive, In *Revue congolaise de Psychologie et de Pédagogie*, n°1, juin 2013, pp. 59 – 69.
32. Peterman, A., Palermo, T., & Bredenkamp, C. (2011). Estimates and determinants of sexual violence against women in the Democratic Republic of Congo. *American journal of public health*, 101(6), 1060–1067. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300070>
33. Rendón, M. C. et al. (2019). *Rapport périodique de la République Démocratique du Congo au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes*. La voix des survivantes de violences sexuelles liées aux conflits. 10 juin 2019.
34. Saïas T. (2011, *Introduction à la psychologie communautaire*. Paris : Dunod).
35. Scott, J., Mullen, C., Rouhani, S., Kuwert, P., Greiner, A., Albutt, K., ... Bartels, S. (2017). A qualitative analysis of psychosocial outcomes among women with sexual violence-related pregnancies in eastern Democratic Republic of Congo. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(64). <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0171-1>

36. Stark, L., Landis, D., Thomson, B., & Potts, A. (2016). Navigating support, resilience, and care: Exploring the impact of informal social networks on the rehabilitation and care of young female survivors of sexual violence in northern Uganda. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 22(3), 217–225.
<https://doi.org/10.1037/pac0000162>
37. UNFPA (2005). *Initiative conjointe de prévention et de réponse aux besoins des victimes/survivant (e)s de violences sexuelles en RD Congo*. Module de formation sur le volet médico-sanitaire. Kindu, RD Congo.