
L'influence de la stigmatisation sur la résilience, selon le niveau d'anxiété et de dépression, des femmes victimes de violences sexuelles en République Démocratique du Congo

Auteur : Raphanel, Marie

Promoteur(s) : Blavier, Adelaïde

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie clinique

Année académique : 2019-2020

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/10839>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

FACULTÉ DE PSYCHOLOGIE, LOGOPÉDIE ET SCIENCES DE L'ÉDUCATION
Département de Psycho traumatismes et Psychologie Légale



L'influence de la stigmatisation sur la résilience,
selon le niveau d'anxiété et de dépression,
des femmes victimes de violences sexuelles en
République Démocratique du Congo

Mémoire présenté par Marie RAPHANEL en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences Psychologiques

Sous la direction de Madame Adélaïde BLAVIER

Lecteurs : Mme GAVRAY & Mme MONVILLE

Année académique 2019-2020

« *Jambo* »

Message d'espoir du Dr Mukwege: « Notre pays est malade mais, ensemble, avec les femmes congolaises et nos amis de par le monde, nous pouvons et nous allons le soigner ».
(Braeckman & al. 2015)

Remerciements

En préambule à ce travail, je souhaite remercier toutes les personnes qui ont contribué à son élaboration que ce soit de près ou de loin.

Je remercie le Professeur Adélaïde Blavier pour m'avoir épaulée tout au long de mon mémoire, pour ses conseils et son soutien, que ce soit pendant la rédaction de mon mémoire ou durant le séjour à Panzi. Je remercie également son assistante, Mme Audrey Baiverlin pour son appui et ses conseils lors de l'écriture du mémoire.

Je tiens à remercier l'hôpital de Panzi pour avoir accepté que la recherche soit effectuée dans leurs locaux, et particulièrement le Docteur Mukwege pour son travail acharné auprès des victimes de violences sexuelles.

J'adresse mes remerciements à l'ensemble du projet de Survivantes de Violences Sexuelles (SVS), à l'équipe de coordination et à l'ensemble des psychologues pour m'avoir permis d'effectuer ma recherche, leur aide lors de la passation, leurs explications quant à la coutume, leurs conseils et leur bienveillance tout au long de mon séjour.

Je me permets de remercier, de plus, tous mes relecteurs qui m'ont permis de réduire les fautes d'inattention et de pallier mes difficultés. De plus je souhaite remercier les nombreux tuteurs et tutrices ainsi que les professionnels que j'ai rencontré durant ces 7 années, qui m'ont permis une perpétuelle réflexion et une évolution personnelle et professionnelle considérable.

Je tenais finalement à remercier mes parents, mon frère et ma sœur ainsi que mes ami(e)s pour leur soutien sans faille et leur patience durant toutes ces années lors des moments de doute et de remise en question.

Table des matières

| | |
|---|------------|
| Liste des abréviations..... | P6 |
| Avant-propos..... | P7 |
| I. Revue de la littérature..... | P8 |
| Chapitre 1 : La situation globale du pays..... | P9 |
| 1.1. Le contexte historique..... | P9 |
| 1.1.1. De 1965 à 1998..... | P9 |
| 1.1.2. De 1999 à 2015..... | P10 |
| 1.2. Le contexte politique, sécuritaire et culturel..... | P12 |
| 1.2.1. L'instabilité politique..... | P12 |
| 1.2.2. L'instabilité sécuritaire..... | P13 |
| 1.2.3. La diversité culturelle..... | P14 |
| Chapitre 2 : Les violences sexuelles et ses conséquences..... | P16 |
| 2.1 Définitions..... | P16 |
| 2.1.1 La violence..... | P16 |
| 2.1.2 La violence sexuelle..... | P17 |
| 2.1.3 La violence basée sur le genre..... | P17 |
| 2.2. Le viol comme stratégie de guerre..... | P18 |
| 2.2.1 Les auteurs de viol..... | P18 |
| 2.2.2 Les objectifs du viol comme stratégie de guerre..... | P19 |
| 2.3 Les conséquences sur la santé..... | P20 |
| 2.3.1. Les conséquences sur la santé physique..... | P21 |
| 2.3.2. Les conséquences sur la santé mentale..... | P22 |
| Chapitre 3 : La stigmatisation dans le contexte des violences sexuelles..... | P23 |
| 3.1 Définition..... | P23 |
| 3.2 Les conséquences de la stigmatisation..... | P23 |
| Chapitre 4 : La spécificité de l'anxiété et de la dépression..... | P27 |
| 4.1 Le concept de stress post traumatique..... | P27 |
| 4.2 Le versant anxieux ou dépressif..... | P28 |
| Chapitre 5 : La résilience..... | P30 |
| 5.1 Le concept de résilience..... | P30 |
| 5.2 La prise en charge de l'hôpital de Panzi..... | P32 |
| 5.3 Les dimensions de la résilience..... | P34 |
| 5.3.1. Les compétences personnelles et la ténacité..... | P34 |
| 5.3.2. La spiritualité..... | P35 |
| 5.3.3 La tolérance des affects..... | P36 |
| 5.3.4. Le sens du contrôle interne..... | P37 |
| 5.3.5.L'acceptation au changement et relations interpersonnelles..... | P37 |
| 5.4 Les limites de la résilience..... | P39 |
| 5.4.1 Les limites psychologiques..... | P39 |

| | | |
|---|--|------------|
| 5.4.2 | Les limites institutionnelles..... | P40 |
| 5.4.3 | Les limites socio-culturelles..... | P40 |
| Chapitre 6 : La prise en charge des Survivantes de Violences Sexuelles à l'hôpital de Panzi..... | | P42 |
| 6.1. | L'hôpital de Panzi..... | P42 |
| 6.1.1. | Les soins médicaux..... | P44 |
| 6.1.2. | Le soutien psychologique..... | P44 |
| 6.1.3. | La réintégration socio-économique..... | P45 |
| 6.1.4. | L'assistance juridique..... | P45 |
| I. | Champ de recherche et méthodologie..... | P47 |
| 1. | Question de recherche..... | P47 |
| 2. | Problématique..... | P47 |
| 3. | Hypothèses..... | P48 |
| 3.1. | Hypothèses générales..... | P48 |
| 3.2. | Hypothèses spécifiques à l'anxiété et la dépression..... | P49 |
| 4. | Le terrain et la population..... | P50 |
| 4.1. | Critères d'inclusion et d'exclusion..... | P50 |
| 4.2. | Procédure de recrutement..... | P50 |
| 4.3. | Contexte et lieu de recrutement..... | P50 |
| 5. | Composante éthique du projet..... | P50 |
| 6. | Les outils..... | P51 |
| 6.1. | Formulaire d'information et formulaire de consentement..... | P51 |
| 6.2. | Questionnaires..... | P52 |
| 7. | La procédure..... | P53 |
| 7.1. | Partie quantitative..... | P54 |
| 7.2. | Partie qualitative..... | P55 |
| 8. | Les types de données et leur traitement..... | P55 |
| II. | Résultats | P56 |
| 1. | Statistiques descriptives..... | P56 |
| 1.1. | Composition de l'échantillon..... | P56 |
| 1.2. | Données sociodémographiques..... | P57 |
| 2. | Partie quantitative | P58 |
| 2.1. | Hypothèses générales..... | P59 |
| 2.1.1. | Hypothèse autour du lien entre l'âge et les sous dimensions de la résilience : spiritualité et compétences personnelles..... | P59 |
| 2.1.2. | Hypothèse autour du lien entre le délai de prise en charge et le sens du contrôle interne..... | P60 |

| | |
|--|------------|
| 2.1.3. Hypothèse autour du lien entre stigmatisation et tolérance des affects..... | P60 |
| 2.2. Hypothèses spécifiques à l’anxiété et la dépression..... | P61 |
| 2.2.1. Hypothèse autour de l’impact du rejet du mari sur le taux d’anxiété et ainsi l’influence de la stigmatisation sur la résilience..... | P61 |
| 2.2.2. Hypothèse autour de l’impact du décès du mari sur le taux de dépression et ainsi l’influence de la stigmatisation sur la résilience.. | P62 |
| 2.3. Analyses complémentaires..... | P64 |
| 2.3.1. Décès du mari & anxiété..... | P64 |
| 2.3.2. Religion & dépression..... | P64 |
| 2.3.3. Statut marital & résilience..... | P65 |
| 2.3.4. Age & stigmatisation..... | P66 |
| 3. Partie qualitative..... | P66 |
| 3.1. Hypothèses générales..... | P67 |
| 3.1.1. Hypothèse autour du lien entre l’âge et les sous dimensions de la résilience : spiritualité et compétences personnelles..... | P67 |
| 3.1.2. Hypothèse autour du lien entre le délai de prise en charge et le sens du contrôle interne..... | P68 |
| 3.1.3. Hypothèse autour du lien entre stigmatisation et tolérance des affects..... | P68 |
| 3.2. Données complémentaires..... | P69 |
| 3.2.1. Les enfants, le mari & l’entourage..... | P69 |
| 3.2.2. Les problématiques médicales..... | P70 |
| III. Discussion..... | P71 |
| Chapitre 1 : Résumé et analyse des résultats..... | P72 |
| Chapitre 2 : Limites et intérêts de cette recherche..... | P76 |
| 2.1. Inadaptation des questionnaires..... | P76 |
| 2.2. Données sociodémographiques..... | P76 |
| 2.3. Diversité de l’expérimentateur..... | P77 |
| 2.4. Faible échantillon..... | P77 |
| 2.5. Facteurs extérieurs..... | P77 |
| 2.6. Contraintes..... | P78 |
| Chapitre 3 : Implications cliniques et perspectives futures..... | P79 |
| IV. Conclusions..... | P81 |
| V. Bibliographie..... | P83 |
| VI. Annexes..... | P88 |

Liste des abréviations

CD-RISC : Connor-Davidson Resilience Scale

FARDC: Forces Armées de la République Démocratique du Congo

FDLR : Forces Démocratiques de Libération du Rwanda

HSCL : Hopkins Symptom Checklist

HTQ : Harvard Trauma Questionnaire

IVSEA: Enquête de l'Impact des Violences Sexuelles de l'Enfance à l'Âge adulte

MONUSCO: Mission de l'Organisation des Nations Unies en république démocratique du Congo

M23 : Le Mouvement du 23 mars

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PNC: Police Nationale Congolaise

RDC : République Démocratique du Congo

SVS : Survivantes de violences sexuelles

VBG: Violences Basées sur le Genre

Avant-propos

En République Démocratique du Congo, un pays d'Afrique, des violences sexuelles sont perpétrées sur la femme depuis de nombreuses années. D'après les données de la littérature et l'expérience sur le terrain, le viol est utilisé comme une arme de guerre impliquant de nombreuses conséquences psychologiques et physiques, le but étant d'atteindre non seulement la femme mais également son milieu familial et communautaire (Braeckman, 2016).

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous sommes intéressés à l'influence de la stigmatisation sur la résilience chez les femmes victimes de violences sexuelles en République Démocratique du Congo, selon leur niveau d'anxiété et de dépression.

Le travail débute par une revue de la littérature qui fait le point sur la situation globale du pays au niveau politique, historique et culturel, ainsi que leur évolution dans le temps. Ceci permettra de comprendre quel est le rôle de l'héritage politique, historique et culturel dans le processus de stigmatisation des femmes suite au viol. Puis, nous développerons les points théoriques suivants: nous définirons les violences sexuelles ainsi que les conséquences sur la femme, puis nous évoquerons la stigmatisation présente dans ce contexte de violences sexuelles et enfin nous développerons le concept de résilience de manière générale ainsi que la spécificité des facteurs de résilience dans le cas des violences sexuelles en République Démocratique du Congo.

Ensuite, nous dresserons les hypothèses que ce mémoire cherche à vérifier pour mieux comprendre l'influence de la stigmatisation sur la résilience chez ces femmes en prenant en compte leur niveau d'anxiété et de dépression. Nous décrirons également la méthodologie employée pour y parvenir. Ensuite, nous vérifierons chacune de nos hypothèses grâce aux résultats d'analyses statistiques et l'appui des données qualitatives. Enfin, nous discuterons ces résultats, mais également les limites, les intérêts et les prolongements possibles à cette étude.

I. Revue de littérature

« Le XXème siècle restera gravé dans les mémoires comme un siècle marqué par la violence, témoin de destructions massives et d'horreurs infligées à une échelle inimaginable auparavant dans l'histoire de l'humanité. Mais ce lourd fardeau, résultat de nouvelles techniques mises au service d'idéologies haineuses, n'est pas le seul que nous portons ni le seul auquel nous sommes confrontés. Il y a aussi le fardeau, moins visible, mais encore plus général, de la souffrance quotidienne individuelle » (Mandela, cité par l'Organisation mondiale sur la violence et la santé [OMS], 2002).

La partie théorique de cette étude débute par une exposition sur plusieurs plans du pays afin que nous puissions appréhender au mieux le contexte des violences commises sur ce territoire. Puis, nous tenterons de décrire le concept des violences sexuelles dans un contexte culturel spécifique ainsi que les conséquences qui en découlent. Ensuite, nous nous attacherons à décrire le processus de résilience qui peut s'en suivre, à travers la prise en charge des Survivantes de Violences Sexuelles (SVS) au sein de l'hôpital de Panzi. Le travail s'intéresse ici à la population strictement féminine mais il existe également des violences faites aux hommes.

Chapitre 1 : La situation globale du pays

Pour commencer, il nous a semblé primordial de résumer brièvement la situation historique, politique, sécuritaire et culturelle de ce pays afin de mieux appréhender par la suite, les données quantitatives et qualitatives de ce sujet de recherche. En effet, la bonne compréhension de ce contexte nous permettra par la suite de prendre conscience que les héritages historiques et culturels ont encore une influence importante sur la population en République Démocratique du Congo.

Ce pays est également appelé Congo-Kinshasa pour le différencier du Congo-Brazzaville, son voisin du nord. Depuis 1996, lors du déclenchement des conflits politiques armés, se situant à l'Est de la République Démocratique du Congo, l'intérêt des chercheurs, des politiques mais également des acteurs humanitaires et de développement, n'a cessé de pointer la problématique de violences sexuelles au sein du pays. L'ampleur des conséquences suite à ce type de violences ne peut être que préoccupante (Maertens de Noordhout, 2013).

1.1. Le contexte historique

1.1.1. De 1965 à 1998

Mobutu a pris le pouvoir en 1965 et a instauré un régime autoritaire. Entre 1971 et 1997, le pays a porté le nom de Zaïre. (Ambassade congolaise, 2016 ; Chavenet, 2016). C'est après le génocide du Rwanda entre les tutsis et les hutus, que les réfugiés Rwandais ont pris racine au Nord et au Sud Kivu le long de la frontière entre le Rwanda et le Congo, dans des camps jusqu'en 1996. Nous saurons plus tard que ce fut prétexte à la première Guerre du Congo. Les avis sont divers au sujet des tutsis et des hutus. Pour certains, il s'agit d'ethnies différentes où les hutus sont des bantous venus du Sud et de l'Ouest et les tutsis sont des populations originaires de la vallée du Nil. Les tutsis auraient conquis puis opprimé les hutus. Pour d'autres, les hutus et tutsis sont une seule et même ethnie et leur opposition aurait été forgée par la colonisation, puis utilisée à des fins politiques depuis le milieu du XX^e siècle (Poissonnier, 2010). En mai 1997, les camps de réfugiés ont été détruits suite au renversement de Mobutu. C'est l'offensive appelée « la guerre d'octobre » qui a mené à la chute du régime de Mobutu (Braeckman, 2015). Laurent-Désiré Kabila a succédé à Mobutu et a instauré un

nouveau gouvernement. Le Zaïre est devenu alors République Démocratique du Congo (Ambassade congolaise, 2016).

Dans ce contexte, les civils rwandais ont été appelés à regagner leur pays. Toutefois, certains ont décidé de fuir vers l'ouest en direction de Kisangani. Cet exode fut meurtrier puisque des tutsis congolais banyamulenge¹ et des militaires de Kigali ont massacré les réfugiés sur leur passage puis ont brûlé leurs corps afin de détruire tout indice. Parmi ces réfugiés hutus, certains ont réussi à s'immiscer parmi la population congolaise. Les groupes d'auto-défense maï-maï² étaient censés protéger les communautés villageoises contre les envahisseurs rwandais, mais eux aussi pratiquaient le viol. La majorité des congolais était en accord pour évoquer le fait que cette violence faite aux femmes était un phénomène nouveau, amené au-delà de la frontière par les réfugiés rwandais hutus. Des groupes armés tels que les rebelles tutsis (M23³) ont provoqué deux guerres. La première guerre entre 1996 et 1997, puis la deuxième guerre de 1998 à 2002. Ces rebellions avaient pour but de vivre au dépens des populations congolaises tout en exploitant leurs ressources (Braeckman, 2015).

1.1.2. De 1999 à 2015

C'est en 1999 qu'a ouvert l'hôpital de Panzi dirigé par le Dr Mukwege (Braeckman, 2015). Il a pour objectif de favoriser un soutien et une assistance aux femmes enceintes vivants trop loin de l'Hôpital Général de Référence de Panzi (Hôpital de Panzi, 2016 ; Varangot, 2017). C'est à cette période, entre 1999 et 2000, qu'il a pris conscience de l'ampleur de la situation vis-à-vis des victimes qui désignaient les hutus comme étant venus se réfugier dans les forêts du Congo (Braeckman, 2015). Face à l'une des premières consultations il expliquait : " Alors qu'elle se trouvait en brousse avec sa tante, elles avaient

¹Les Banyamulenge viennent de Mulenge et vivent dans les provinces du Sud Kivu. C'est un groupe de Hutus et de Tutsis rwandophone qui se sont installés dans la plaine de Ruzizi en République démocratique du Congo. Ils ont soutenu la rébellion de Laurent Désiré Kabila car ils ont été eux aussi victimes des massacres par le passé lors du génocide des Tutsis au Rwanda en 1994.

²Les Maï-Maï est un terme pour représenter les groupes armés actifs au cours de la deuxième guerre du Congo en RDC. Puis, avec le temps les groupes repris sous l'appellation « Maï-Maï » incluent des forces armées dirigées par des seigneurs de guerre, des chefs tribaux traditionnels ou encore des chefs de village ainsi que des leaders politiques locaux (Rigaud, 2007).

³ Le M23 est le Mouvement du 23 mars et prend son nom de la date de l'accord qui avait mis officiellement fin à la précédente guerre (Durbek, 2017)

croisé une patrouille militaire et les soldats les avaient obligés à les aider à traverser la rivière. Les femmes ont transporté les soldats sur leur dos. Une fois passé le dernier militaire, les hommes se sont emparés de la jeune fille. La tante, revenue en arrière, fut empêchée d'intervenir. Non seulement la fille fut violée, systématiquement, par tout le groupe, mais elle fut coupée, mutilée" (Braeckman, 2016, p.85).

Selon Mukwege (2016), l'explication de tels actes est la suivante, celle de faire régner un sentiment de terreur au sein des familles et des populations. S'attaquer aux femmes revient à menacer toute la société.

En effet, depuis 2000, les hutus rwandais ont commencé à gérer « les carrés miniers » ainsi que les zones riches en gisements. L'apparition des violences a été concomitante aux problématiques en lien avec l'exploitation de ces ressources. C'est dans ce cadre que les femmes ont été utilisées comme esclaves (Braeckman, 2015). Par ailleurs, certaines croyances ont appuyé la légitimité de ces violences, puisque le fait d'avoir un rapport sexuel avec une femme vierge permettrait l'accès à la richesse (Sanchez & Schmitz, 2015). Selon Gasibirege (2015), c'est depuis l'indépendance du Congo belge que l'on peut observer des violences politiques et sociales au Congo, au Rwanda et au Burundi.

La nécessité d'apporter un soutien spécifique à ces femmes est évidente. Par conséquent, depuis le 1er janvier 2004, l'Hôpital de Panzi a commencé la mise en œuvre d'un projet de prise en charge des survivantes de violences sexuelles (Hôpital de Panzi, 2016). Il est situé à Bukavu qui est une province du Sud-Kivu à quelques kilomètres du centre-ville. C'est l'hôpital de référence de la zone de santé d'Ibanda. L'hôpital regroupe les différents projets subventionnés par des aides internationales américaine ou européenne comme le projet des survivantes de violences sexuelles. Ces différents projets sont complémentaires au projet de soin global de l'hôpital de Panzi (Varangot, 2017).

À la mort du président Laurent-Désiré Kabila en 2001, son fils Joseph Kabila a repris le pouvoir. La nouvelle constitution est venue alors redessiner les différentes provinces. Malgré une cohésion nationale un peu plus présente, la situation sécuritaire à l'est du pays est restée un véritable problème. De nombreux groupuscules armés ont fait régner un sentiment de terreur en s'attaquant aux personnes ainsi qu'aux biens matériels (Ambassade congolaise, 2016).

Dès 2001, les raids de ces groupes armés sur les villages congolais du Kivu se sont intensifiés. Un accord de paix a été signé en 2002 entre le Rwanda et la RDC. Le pouvoir de Joseph Kabila est alors partagé sous la formule « un plus quatre » et Kabila a dû collaborer entre

autres avec deux vice-présidents issus des rébellions. Cet accord a engendré indirectement l'impunité puisque les diverses factions belligérantes allaient être invitées à intégrer une nouvelle armée nationale. C'est au sein de celle-ci que cohabiteraient les ennemis d'hier. Cependant, les groupes armés hutus n'ont pas été intégrés à cette armée ce qui a poussé certains d'entre eux à fuir en forêt. Étant endurcis par des années de violences, ils ont entrepris de conquérir ces milieux en les terrorisant. Avec le temps, les civils rwandais et congolais ont été mélangés et ainsi toute personne porteuse d'une arme s'est sentie autorisée à attaquer les femmes (Braeckman, 2015).

Depuis 2015, l'armée congolaise et la Mission de l'Organisation des Nations Unies en république démocratique du Congo (MONUSCO) ont tenté de neutraliser et désarmer les Forces démocratiques de libération du Rwanda (FDLR) (Braeckman, 2015). C'est à partir de 2016, que véritablement sont apparues les conséquences de 20 ans de guerre. Parmi les groupes armés qui se sont implantés dans la région du Kivu, beaucoup n'ont pas revendiqué leurs crimes puisqu'ils ont profité de l'instabilité de la zone pour piller et tuer. De nombreuses atrocités telles que des viols, des mutilations, des meurtres ont été commis par les FDLR créées en 1994. D'autre part, l'armée et la police locale ont utilisé l'instabilité et l'isolement de la zone pour instaurer des taxes ou des droits de passage (Vépière, 2016).

1.2. Le contexte politique, sécuritaire et culturel

1.2.1. L'instabilité politique

L'instabilité politique, longtemps sous l'influence des armées incontrôlables qui souhaitent s'enrichir, a considérablement affaibli l'économie du pays. Étendue sur un peu plus de 2,3 millions de km², c'est-à-dire un vaste territoire, la RDC se trouve dans une situation contradictoire, celle de posséder de nombreuses richesses et ressources naturelles tout en devant pallier la difficulté de contrôler ce territoire qui possède peu de moyens et d'infrastructures, notamment dans le domaine du transport. Par ailleurs, la République Démocratique du Congo a signé des contrats avec la Chine attestant que cette dernière aurait la possibilité de puiser dans les richesses minérales du pays en échange de la construction d'infrastructures comme des routes, des ponts, des voies de chemin de fer, des hôpitaux ou encore des écoles (République Démocratique du Congo, 2017). Le pays possède un sous-sol très riche, source de convoitise pour les pays limitrophes. Les ressources sont pour la plupart

exploitées par des compagnies étrangères. Auparavant, la RDC était le premier producteur mondial de cobalt et de diamants, aujourd'hui seules les extractions minières demeurent significatives (Ambassade du Congo, 2016).

1.2.2. L'instabilité sécuritaire

Pour la population, les institutions représentantes de la sécurité constituent davantage une menace. En effet l'armée, la police et le système judiciaire de RDC ayant connu la colonisation, la dictature ou encore la guerre civile, ont été au service du pouvoir politique pendant des années. On parle davantage de corruption que de paix à leur égard. Les violences sexuelles au Congo sont largement répandues et elles ne concernent pas seulement un groupe déterminé d'individus (Maertens de Noordhout, 2013).

Nous avons pu relever deux catégories d'agresseurs. Au sein d'une première catégorie trois types d'agresseurs ont été identifiés : les milices rebelles, les rebelles hutus divisés en deux groupes (l'Armée de libération du Rwanda (ALIR) et les FDLR), puis les Mai-Mai, congolais résistants contre les rwandais (Maertens de Noordhout, 2013). Ces différents groupes armés se sont engagés dans une guerre afin de contrôler les territoires qui abritent des ressources naturelles, surtout les sites miniers, qui sont exportées de manière illégale dans les pays frontaliers. L'extraction du coltan par exemple étant indispensable pour la fabrication des appareils électroniques, engendre indirectement des crimes tels que le viol, identifié comme arme de guerre. Sans un contrôle strict de l'exploitation des sites miniers, les enjeux économiques resteront omniprésents et l'appropriation des territoires congolais ainsi que l'utilisation du viol continueront à exister. L'appropriation des territoires congolais s'effectue dans un climat de terreur et d'insécurité qui oblige les communautés à quitter leur village. Les alternatives pour ces habitants se font rares puisque leurs exploitations et leurs fermes sont isolées les unes par rapport aux autres et ils n'ont aucune possibilité pour se protéger des attaques (Maertens de Noordhout, 2013).

La deuxième catégorie d'agresseurs, englobe les Forces armées de la République démocratique du Congo (FARDC) et les officiers de la Police nationale congolaise (PNC) qui sont eux aussi à l'origine de violences sexuelles. C'est après l'instauration du gouvernement de transition en 2003 que Kabila souhaite stabiliser le pays en intégrant des anciennes milices au sein d'une seule armée. Pour cela, un programme de trois mois est imposé aux policiers qui viennent d'être intégrés. Cette intégration n'aura pas rencontré l'effet escompté puisque les

soldats ont conservé une forte loyauté envers leurs anciens seigneurs de guerre ainsi qu'envers les anciens groupes armés. D'autre part, de nombreux militaires n'ont pas reçu un salaire régulier, ce qui a engendré des pillages auprès de la population congolaise. A cela s'est ajouté le viol, qui a permis à ces militaires d'asseoir leur autorité. Ces hommes n'ont jamais connu de formation théorique concernant le respect des droits de l'Homme ou encore de l'usage de la force légitime (Maertens de Noordhout, 2013).

La MONUSCO a connu une augmentation dans ses effectifs mais cela n'a pas permis d'assurer une stabilité et une sécurité dans toutes les régions du Congo. La région des Grands Lacs est encore menacée. Entre 2003 et 2004, l'Ituri, Bukavu et Gatumba ont connu des bouleversements qui ont montré l'incapacité des acteurs internationaux à installer la région dans une situation stable et pérenne. Réformer le secteur de la sécurité a été envisagé afin de tenter de garantir la sécurité de la population et limiter les violences. Cependant, la réalité congolaise a souligné un manque de volonté politique de la part des autorités à s'engager dans cette réforme. De plus l'objectif de ce projet de réforme serait également d'envisager une formation spécifique des officiers de la police afin de lutter contre les violences sexuelles à long terme. Le but étant d'intégrer un processus de sensibilisation des violences sexuelles basées sur le genre dans la réforme de la police (Maertens de Noordhout, 2013).

1.2.3. La diversité culturelle

En ce qui concerne la communication, le français reste la langue officielle depuis la Constitution de 2003. Toutefois, nous dénombrons 221 langues locales dont 186 qui appartiennent à la grande famille des Bantous. Quatre langues principales permettent de découper le Congo. On compte le lingala, le kikongo, le tshiluba et le swahili. Le swahili est considéré comme la seconde langue du pays, notamment dans la région de l'Est (Université de Laval, 2016). En effet, cette langue est utilisée lors de la plupart des entretiens au sein de l'hôpital général de référence de Panzi (Varangot, 2017).

La RDC est composée de 250 ethnies qui sont réparties en divers groupes. On compte deux groupes principaux, les ethnies bantoues qui représente 80% de la population et les ethnies non bantoues qui sont composées des Soudanais, des Nilotiques, des Chamites et des Pygmées (Ambassade congolaise, 2016).

Il existe divers cultes. La grande majorité des congolais sont de confession chrétienne. On dénombre environ 40% de catholiques et 35% de protestants. D'autres sont musulmans, juifs ou grecs-orthodoxes (Université de Laval, 2016).

D'autre part, le domaine de l'éducation n'est doté que de très peu de moyens (manque de fournitures et d'infrastructures) (Varangot, 2017).

Selon le Docteur Mukwege, le problème majeur est le suivant : « *on me donne des prix et de l'argent pour régler les conséquences, mais on ne s'attaque pas aux causes des conflits. On peut donner des millions pour les médicaments, les traitements opératoires, la sensibilisation, mais sans sécurité, tout cela ne sert à rien* » (Braeckman, 2016, pp.141-142).

Pour conclure ce premier chapitre, nous comprenons alors que l'instabilité politique du pays, la diversité et parfois l'affrontement des cultures ainsi que l'absence de cadre sécuritaire, joue un rôle dans l'origine des viols ce qui nous amène à deviner que la stigmatisation de ces femmes est une suite logique, née dans un terreau propice aux violences sexuelles.

Chapitre 2. Les violences sexuelles et leurs conséquences

Pankhurst en 2008 a indiqué « *qu'une discrimination de la femme est toujours existante en Afrique. Elle doit obéir et satisfaire aux besoins de l'homme. La femme peut être considérée dans certains endroits d'Afrique comme un objet qui n'a pas d'âme. Elle est donc la propriété de l'homme et elle peut être utilisée à la guise de leur mari sans qu'elle puisse donner son avis ou son accord* » (Varangot, 2017). Encore de nos jours, mieux vaut naître homme que femme dans une majorité de pays, ne serait-ce que pour avoir la vie sauve (Sanchez & Schmitz, 2015).

La situation dans les deux Kivu (2 des 9 provinces de la RDC) est alarmante (Banza-Nsungu & al. 2010). Ceci est dû aux groupes armés résiduels ou reconvertis, aux forces incontrôlées de l'armée régulière ou encore aux rebelles et aux régimes politiques des pays limitrophes qui terrorisent les populations en les pillant et exerçant sur eux tout type de violences (Banza-Nsungu & al. 2010). En 2010, 15 457 cas de violences sexuelles étaient répertoriés sur l'ensemble du territoire congolais (Banza-Nsungu & al. 2010). D'après une étude de l'American Journal of Public Health, au moins une fois dans leur vie, 1,8 millions de femmes congolaise ont été violées (Maertens de Noordhout, 2013).

Il nous a semblé important de s'intéresser de plus près aux violences faites aux femmes durant ces conflits afin de mieux comprendre comment ces faits sont perpétrés, comment ces femmes survivent à cette réalité et comment des chercheurs tentent de mettre en place de nouveaux moyens afin de les soutenir au mieux dans ce long chemin de résilience.

2.1. Définition

2.1.1. La violence

Pour débiter il semble essentiel de reprendre la définition de la violence. L'Organisation mondiale de la santé définit la violence comme: « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations » (OMS, 2002).

2.1.2. La violence sexuelle

La violence sexuelle est définie quant à elle comme « *tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail* » (OMS, 2002). Lorsque l'on parle de coercition, cela sous-tend le recours à la force à des degrés divers. L'agresseur peut faire usage de la force physique, de l'intimidation psychologique, du chantage ou à de menaces ou encore à l'utilisation de toxiques (OMS, 2002). Salmona (2010) précise qu'il s'agit « *de violences à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un ou plusieurs individus avec violence, contrainte, menace ou surprise, c'est à dire sans le consentement de la personne visée. La contrainte prévue par la loi peut-être physique ou morale* ». Lorsque l'on évoque la violence sexuelle, cela comprend le viol, l'esclavage sexuel, la prostitution forcée, les grossesses forcées et toute autre forme de violence sexuelle ou d'agressions à un degré de gravité comparable (OMS, 2002).

Comme dit précédemment, la violence sexuelle comprend le viol, définit comme un: « *acte de pénétration, même légère, de la vulve ou de l'anus imposé notamment par la force physique, en utilisant un pénis, d'autres parties du corps ou un objet. Il y a tentative de viol si l'on essaie de commettre un tel acte. Lorsqu'il y a viol d'une personne par deux ou plusieurs agresseurs, on parle de viol collectif. La violence sexuelle peut comprendre d'autres formes d'agression dans lesquelles intervient un organe sexuel, notamment le contact imposé entre la bouche et le pénis, la vulve ou l'anus* » (OMS, 2002). La loi Schiappa élargit la définition du viol (article 222-23 du code pénal): « *Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol* » (Machart, 2018).

2.1.3. La violence basée sur le genre

De plus, Benoujdi et ses collaborateurs (2017) expliquent que les Violences Basées sur le Genre (VBG) « *constituent typiquement un facteur d'exclusion pour les personnes qui en sont victimes mais aussi une manifestation de la dominance d'un genre sur l'autre, et ce, pas seulement en temps de crise, mais aussi dans la vie de tous les jours. Ces violences*

affectent négativement les capacités des personnes qui y ont été exposées ainsi que celles de leur foyer, à faire face à des risques multiples ». Ce sont des violences exercées contre une personne en raison de son sexe ainsi que de la place que lui accorde la société dans laquelle elle vit (Benoujdi & al. 2017).

Au sein de la RDC, les différents conflits génèrent cette violence qui est souvent utilisée pour exprimer le pouvoir et la domination sur l'ennemi, comme une forme d'attaque et d'arme de guerre (Varangot, 2017). Dans le contexte de cette recherche, la violence sexuelle commise s'effectue dans le but d'anéantir la femme et ainsi de détruire une population. Selon Mukengere, Mukwege et Nagini (2009), la mutilation est une nouvelle expression de violence utilisée au Sud-Kivu, appelée « *Rape with extreme violence* »⁴. Cette mutilation est destructrice pour l'individu en tant qu'être humain et donc indirectement pour la population. Par ailleurs, elle est nuisible vis-à-vis de sa capacité de reproduction (Mukengere & al. 2009). Ces groupes armés agissent sur les organes génitaux féminins avec des fusils, des baïonnettes, des morceaux de verre, de bois, de plastique chauffé (Mukengere & al. 2009). Les femmes sont parfois transformées en esclaves sexuelles. Leur corps est donc objet utilisable à des fins d'humiliation individuelle mais aussi de la communauté dans laquelle elles vivent, dans le but d'altérer les liens familiaux, communautaires, nationaux et internationaux (Dolan, 2010).

2.2. Le viol comme stratégie de guerre

Nous allons maintenant aborder la thématique du viol comme stratégie de guerre afin d'identifier les auteurs et de comprendre dans quel but le viol est effectué.

2.2.1. Les auteurs de viol

La violence sexuelle liée aux conflits a été reconnue par le Conseil de Sécurité de l'ONU comme faisant office de questionnement sur les concepts de paix et de sécurité internationale (Fondation Panzi, 2019). Comme évoqué précédemment dans le chapitre 1, il y a différents types d'agresseurs. Lorsque l'on parle des violences sexuelles situées à l'Est du

⁴ Viol avec extrême violence

Congo, les premiers prédateurs identifiés sont les rebelles et les soldats de l'armée régulière (Sanchez & Schmitz, 2015). Cependant, depuis 2011, nous ne devons pas sous-estimer que le nombre de viols « civils » a fortement augmenté. Il y a plusieurs explications suite à la constatation qu'il ne suffit pas que les conflits s'éteignent pour que cette parenthèse se referme. En effet, ces « violeurs civils » sont passés par des postes dans l'armée ou dans les milices et ont été initiés à cette violence qu'ils ont finie par interioriser. Lorsque vient la période de démobilisation, ils achèvent leurs nombreuses années de travail en n'ayant aucun soutien sous forme de réinsertion ou de soutien psychologique (Sanchez & Schmitz, 2015).

2.2.2. Les objectifs du viol comme stratégie de guerre

Le viol est au sein de nombreux conflits, utilisé comme une stratégie (OMS, 2002). Le but du viol systématique chez les femmes et les jeunes filles est de terroriser la population et de frapper l'imaginaire collectif (Belarouci, 2008). Guenivet (2001) explique que « la femme est comme un champ de bataille où tous les coups sont permis ». Par ce biais, les auteurs humilient et détruisent l'ensemble de la communauté qui est perçue comme ennemie (Belarouci, 2008). La femme représente l'honneur de la famille mais également de la communauté. Elle se porte garante de la réputation de son village (Belarouci, 2008). De plus, c'est par le viol qu'il est possible d'atteindre les hommes (maris, pères), en les humiliant et en brisant leur fierté. Pour la communauté et la famille, cela leur renvoie en eux la honte de ne pas avoir été capable de protéger leurs femmes et leurs filles (Belarouci, 2008). Dans certains conflits armés comme ceux des Etats de l'ex-Yougoslavie ou du Rwanda, cela était perçu comme un moyen de « nettoyage ethnique » (OMS, 2002).

De manière générale, à travers le monde, les violences sexuelles ont pour but d'humilier, semer la peur, contrôler la reproduction, effectuer des déplacements des civils forcés qui appartiendraient à des ethnies ou communautés spécifiques pour générer des revenus de l'esclavage sexuel (Fondation Panzi, 2019).

Au niveau de l'aspect individuel, après avoir été violée, une femme se sent souillée et pense que cela sera marqué à vie sur son front. Le viol en tant qu'arme de guerre, consiste à s'attaquer au sexe de la femme et donc à son corps pour la réduire à un objet et la déshumaniser (Belarouci, 2008). Dans le cas du viol, apparaît une destruction de l'identité de

la victime. Les victimes vont même parfois jusqu'à organiser leur vie autour de cette sensation d'être sales et développent des comportements obsessionnels. Elles se retrouvent face à la culpabilité, la honte, l'impuissance, le déni, le silence. Cet ensemble constitue une violence supplémentaire à combattre (Belarouci, 2008). Belarouci (2008) énonce que « face à l'impensable, l'indicible, l'innommable, l'inavouable, les seules issues possibles sont le rejet de la communauté ou la mort ».

D'autre part, le viol est utilisé comme arme de guerre car il a aussi des conséquences d'ordre démographique (Maertens de Noordhout, 2013). On peut constater que le viol peut entraîner, la destruction de la capacité de la victime à se reproduire, ce qui peut engendrer une baisse importante du taux de natalité. Puis, à plus ou moins long terme, les maladies sexuellement transmissibles ou les infections peuvent causer la mort de la victime et par conséquent réduire la population. Enfin, dans un souci de protection, les villages étant dispersés sur de larges territoires et en manque d'infrastructure routière, l'insécurité engendre un exode rural important. Cet exode provoque l'effondrement des économies locales ainsi que le refus des femmes à travailler dans les champs puisque ce sont des lieux où les attaques sont fréquentes. Par conséquent, cette réalité amène à la perte de revenus (Maertens de Noordhout, 2013).

En effet dans de nombreux cas, ces femmes sont reniées ou bien la communauté souhaite leur mort. Elles se demandent comment survivre après avoir subi cela mais également comment surmonter l'exclusion de la communauté et de sa propre famille, de son propre mari. Le viol a tout autant un impact individuel que collectif (Belarouci, 2008). C'est en cela également que l'on identifie le viol comme une arme de guerre (Belarouci, 2008).

2.3. Les conséquences sur la santé

Quand éclate une guerre, les conséquences sont désastreuses car les civils, c'est-à-dire les femmes, les enfants, les vieillards, sont directement visés et paient une lourde sanction. Depuis des siècles et des siècles, le viol est perçu par les femmes comme la pire blessure puisqu'elle engendre de graves conséquences. De plus, cette blessure représente un bénéfice pour les agresseurs. On l'identifie comme étant une nécessité dans un conflit armé qui devient alors banalité (Sanchez & Schmitz, 2015).

Nous allons poursuivre cette partie théorique par la présentation des conséquences du viol sur la santé physique et mentale.

Les violences sexuelles ont un impact non négligeable sur la vie et la santé des victimes, quelle que soit la dimension affectée, physique, psychique, sociale ou spirituelle (Bouvier, 2014).

2.3.1. Les conséquences sur la santé physique

Les études internationales ont montré que l'impact sur la santé des victimes est majeur. C'est le cas pour la santé physique en ce qui concerne 70% des victimes, entre autres des troubles liés au stress et aux stratégies de survie, des maladies cardio-vasculaires et respiratoires, diabète, obésité, épilepsie, troubles de l'immunité, troubles gynécologiques, infections sexuellement transmissibles, troubles digestifs, fatigue et douleurs chroniques. (Puechguirbal, 2011).

Les violences basées sur le genre ont de nombreux impacts sur la construction des moyens d'existence. Dans un contexte qui engendre une limite importante au niveau des services sanitaires et de soins, les femmes voient leur santé impactée (Benoudji & al. 2017).

Lorsque nous parlons de graves conséquences physiques, on relève des lésions, des brûlures, des traumatismes abdominaux (Bouvier, 2014). De plus on relève l'infertilité, l'incontinence et les infections sexuellement transmissibles telles que le VIH/Sida (Puechguirbal, 2011). Dans les familles congolaises, la femme est un pilier central pour le ménage puisqu'elle nourrit la famille. Le développement du VIH affecte les capacités économiques de la femme ainsi que ses facultés de reproduction (Braeckman, 2016). Cela peut également se solder par des complications gynécologiques comme des saignements, des infections vaginales, des fibromes, une baisse de la libido, l'irritation génitale, des rapports sexuels douloureux, des douleurs pelviennes chroniques et des infections urinaires. A plus long terme, cela peut impliquer des problèmes de stérilité, l'apparition de fistules vésico-vaginales et un risque élevé de survenue d'autres problématiques (OMS, 2002).

En effet les conséquences peuvent être d'ordre physique mais également de l'ordre de la santé mentale.

2.3.2. Les conséquences sur la santé mentale

Les études internationales ont montré que l'impact était également majeur sur leur santé mentale pour 95% des victimes (AMTV, 2015) : troubles anxieux, dépressions, troubles du sommeil, troubles cognitifs, troubles alimentaires ou encore addictions. Les tortures et les violences sexuelles sont les violences qui ont les plus graves conséquences psycho traumatiques (Breslau, 1991).

Au niveau individuel, une étude a montré que les victimes voient leur vie affective et sexuelle se détériorer voire devenir absente (AMTV, 2015). De plus les répercussions sont identifiées sur la vie professionnelle de la victime. Elles ont du mal à trouver du travail avec la peur de subir à nouveau les violences (AMTV, 2015). Les problèmes d'ordre physique ou mental peuvent les empêcher d'effectuer les tâches du quotidien ce qui entraîne une perte de revenus. Après avoir vécu ce traumatisme, la plupart des femmes interrogées se préoccupent moins de leur santé ou de leur bien-être propre. Elles préfèrent s'investir pour le devenir de leur famille et de leurs enfants (les nourrir, les scolariser, etc.) (Guinamard, 2010).

Nous reviendrons plus précisément sur ce sujet dans la partie des spécificités de l'anxiété et de la dépression.

Chapitre 3 : La stigmatisation dans le contexte des violences sexuelles

Souvent, au vu des problèmes médicaux relevés, les premiers soins reçus sont généralement d'ordre médical comme par exemple une intervention chirurgicale de type fistule, ou bien un traitement pour les maladies sexuellement transmissibles (MST) ou blessures de tous types (Fondation Panzi, 2019). Certaines victimes se rendent rapidement à l'hôpital mais la majorité, de par leur honte ou la stigmatisation liée aux violences sexuelles, ignorent ou cachent leurs blessures (Fondation Panzi, 2019). Nous allons donc expliquer dans cette partie la stigmatisation dans le contexte spécifique des violences sexuelles, et plus particulièrement celles perpétrées en République Démocratique du Congo.

3.1. Définition

Bannon (as cited in *Regroupement des organismes de base en santé mentale [ROBSM]*, 2013), un médecin de l'organisation de Médecins sans frontières a défini la stigmatisation comme n'étant pas le nom d'une maladie mais plutôt comme le nom qui est utilisé pour « *caractériser une personne à travers l'attribution de déterminants perçus comme négatifs par la société et qui conduit à la discrimination* ». Plus précisément, c'est l'idée qu'un groupe ou une société ait une réaction envers d'autres personnes ou groupes faisant partie d'une minorité, différents ou défavorisés. Cette réaction consiste alors à accorder une étiquette qui catégorise ces individus comme étant déviants. De plus, « *Les personnes à la source de la stigmatisation éprouvent des sentiments de gêne et de ressentiment, et manifestent des comportements d'abandon, d'exclusion, de rejet* » (Goffman, 1993).

3.2. Les conséquences de la stigmatisation

En ce qui concerne les conséquences sur le bien-être social de ces femmes, leur crainte d'être stigmatisées vient s'ajouter à leur vécu de violence (Puechguirbal, 2011). En effet, il n'est pas rare qu'après toute forme de violence sexuelle, on estime que la femme brutalisée a provoqué elle-même le désir des hommes impliqués (OMS, 2002). Les hommes étant capables de maîtriser leurs pulsions sexuelles, la réaction des familles et des communautés

quant aux actes de viol est basée sur des idées culturelles en lien avec la condition de la femme (OMS, 2002).

Tout d'abord, une première conséquence de la stigmatisation peut être l'exclusion sociale. En effet, certains hommes iront jusqu'à rejeter leur épouse si elle a été violée et au sein de certaines communautés, la femme est chassée ou dans des cas extrêmes tuée (OMS, 2002).

Elles sont très nombreuses à être rejetées par leur famille ainsi que par leur communauté. Elles sont considérées comme des femmes qui ont perdu leur honneur suite à l'incident (Puechguirbal, 2011). En effet, elles sont souvent stigmatisées par les habitants du village, ce qui pousse les familles à les rejeter (OMS, 2002).

De fait, l'existence de la victime, son histoire personnelle et son identité sont mises à mal par les actes de violence sexuelles (Bouvier, 2015). Cependant, la victime n'est pas la seule à subir les conséquences de l'incident. Le viol va s'introduire dans la vie de la personne et ainsi porter atteinte à son mari et à ses enfants. Le mari est le plus souvent la première écoute ou bien témoin de l'incident ce qui peut faire de lui quelqu'un d'affecté personnellement mais aussi dans son couple. Au sein du couple, cela peut détériorer la relation maritale, les relations sexuelles, le désir d'enfants ainsi que tout autre projet. Un sentiment, de culpabilité et de détresse, peut être vécu par les maris des victimes. Cet incident provoque chez ceux-ci, une honte par la souillure des actes déshumanisants (Bouvier, 2015). Selon Mukwege, « l'homme qui a assisté au viol de sa femme risque de devenir impuissant lui-même, frappé de dépression, incapable non seulement de travailler mais aussi de se reproduire. Même si les hommes ont été épargnés, ils ne peuvent plus contribuer au renouvellement de la population. Ils sont donc victimes d'une sorte d'arme démographique : toute guerre vise, in fine, à réduire votre ennemi sur le plan du nombre. Ici, la destruction est opérée au moyen du sexe. Et cela marche... hyper bien » (Braeckman, 2016, p.97). Notons que la plupart des femmes veuves ont vu leur mari mourir puisqu'ils ne supportaient plus de les voir souffrir sous la torture, ou bien eux-mêmes torturés devant leur femme afin d'anéantir le moral de celles-ci (OMS, 2002). Le choix du lieu n'est d'ailleurs généralement pas anodin puisque souvent cela se produit sur leur lieu de travail: au champ, au marché ou bien dans leur maison devant toute la famille (OMS, 2002).

De plus, les enfants peuvent également subir un choc et on peut relever une rupture dans la généalogie via sa filiation et sa descendance. Les conséquences se portent donc sur l'environnement familial global (Bouvier, 2015).

Dans une situation traumatique, une famille va être confrontée au cours de sa vie à trois temps. Premièrement, le temps post-immédiat appelé « crise traumatique » caractérisé par les conséquences directes du choc (e.g. blessures ouvertes) (Delage, 2012). Deuxièmement, survient le temps du moyen terme qui peut apparaître entre quelques semaines et deux à trois ans après l'événement. Durant cette deuxième phase, c'est le moment de la réorganisation où la famille va étudier les différentes possibilités de résilience qu'elle possède. Troisièmement survient le temps du long terme également appelé « temps des cicatrices » où, la famille va se retrouver face à deux possibilités. Soit elle va s'orienter vers un processus de résilience, soit elle restera figée dans une souffrance durable (Delage, 2012).

Ensuite, une seconde conséquence de la stigmatisation peut se produire lorsque femme tombe enceinte d'un enfant issu du viol. En effet, cette grossesse signifierait souiller la descendance (Puechguirbal, 2011). Dans beaucoup de pays, les femmes violées sont dans ce cas obligées de porter l'enfant puisque le fait d'avorter clandestinement reste très risqué pour leur survie (OMS, 2002). Dans le cas où ces femmes gardent l'enfant issu du viol, il est alors difficile de trouver un mari dans leur milieu traditionnel (Braeckman, 2016), car les villageois ont tendance à nommer l'enfant « *l'enfant du serpent* » (Braeckman, 2016). Certaines femmes se tournent vers le suicide ou bien abandonnent ou tuent le bébé (Cojean, 2017).

Le Dr Mukwege se pose une question : « Qui sommes-nous pour décider à leur place ? ». Certaines femmes le souhaitent mais d'autres disent : « Elle était elle-même enfant du viol et elle insistait pour que je fasse tout pour garder l'enfant. Alors que je l'interrogeais sur ses raisons, elle me répondit : « Si ma mère avait avorté après son propre viol, je n'existerai pas. Serait-il juste que moi-même, j'empêche l'enfant que je porte de venir au monde ? » Cette femme aussi défendait un droit, celui de garder son enfant. Qui sommes-nous pour décider à sa place ? » (Braeckman, 2016, p.153). Avoir des enfants est une des plus grandes richesses pour les congolais (Cadière, 2015). Cependant, cela peut engendrer des difficultés pour ces femmes gardant l'enfant issu du viol, de trouver un mari dans leur milieu traditionnel (Braeckman, 2016).

Pour conclure, durant les conflits, les victimes de violences sexuelles se retrouvent souvent dans des contextes socio-économiques difficiles (Fondation Panzi, 2019). Il n'est pas

rare qu'en étant stigmatisées, les victimes de viol perdent le soutien économique de la part de leur proche et de la communauté, qui reste normalement une contribution première (aide d'urgence, formation professionnelle, programme de micro-financement) pour la réintégration et le processus de mieux-être pour les survivantes. Via Panzi, certaines survivantes décident de sensibiliser leur communauté et dénoncer ce qui contribue aux violences sexuelles (Fondation Panzi, 2019).

Chapitre 4 : La spécificité de l'anxiété et de la dépression

Comme nous l'avons énoncé auparavant, les conséquences sur la santé mentale sont importantes. Nous allons aller plus loin en ce qui concerne les conséquences sur cet état de fait, suite au viol.

4.1. Le concept de stress post traumatique

« La névrose traumatique » est un concept datant du 19^{ème} siècle et qui a véritablement été développé suite aux deux guerres mondiales (Association Mémoire Traumatique et Victimologie [AMTV], 2015). Dans les années 70, l'intérêt pour ce type de pathologie revient sur le devant de la scène avec les graves troubles psychotraumatiques que présentent certains soldats revenus de la guerre du Vietnam. Ces troubles seront d'ailleurs nommés comme état de stress post-traumatique. C'est en 1974, qu'apparaît le concept de « Rape trauma syndrome » développé par Ann Burgess et Lynda Holmstrom de l'hôpital de Boston City View. C'est ce concept de syndrome du traumatisme qui va décrire les séquelles somatiques et psychologiques des victimes de violences sexuelles. Le trouble de stress post-traumatique est catégorisé dans la troisième édition du DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), qui est publié par l'American Psychiatric Association. Il sera par la suite en 1992 dans la dixième édition de la CIM (Classification Internationale des Maladies), publiée par l'OMS (AMTV, 2015).

Le syndrome psychotraumatique ou autrement dit état de stress post-traumatique, est défini comme un trouble psychique complexe. De plus, selon le DSM-IV, un événement traumatique s'explique par l'association de deux conditions: D'une part, « le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés, ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure, ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ». D'autre part, « la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur » (AMTV, 2015).

4.2. Versant dépressif ou anxieux

De manière générale, nous pouvons relever un sentiment de détresse, d'isolement ou de perte d'estime de soi ainsi que de l'auto-culpabilisation (Bouvier, 2015). De plus, il apparaît des troubles du comportement comprenant les troubles du sommeil, les troubles de l'alimentation tels que l'anorexie ou la boulimie, mais également des comportements à risque comme l'abus de substances. Une victime peut développer une dépression ou des troubles psychiques ainsi que des syndromes traumatiques, de l'anxiété, des idées suicidaires (Bouvier, 2014). Dans le cas où la victime présenterait un état de stress aigu puis un état de stress post traumatique, elle pourrait alors développer un épisode dépressif caractérisé. (OMS, 2002). Les troubles concomitants au stress post-traumatique peuvent être par exemple les troubles anxieux qui peuvent eux-mêmes engendrer des symptômes dépressifs si ceux-ci ne sont pas traités rapidement (Gouvernement du Québec, 2020). Trente à 80% des individus qui présentent un trouble de stress post-traumatique présenteront par la suite un épisode dépressif majeur. Cet épisode est identifié entre autre par une lassitude excessive, de la fatigue ainsi qu'un désintérêt pour ce qui entoure la personne (Desfossés, 2013). Les femmes ayant vécu un rapport sexuel forcé risquent de souffrir de dépression et de stress post traumatique en comparaison à des femmes non maltraitées qui risquent moins de développer ce type de trouble (OMS, 2002). La souffrance vis-à-vis de ces violences engendre chez les victimes une angoisse importante et des ruminations (AMTV, 2015).

D'autre part, nombreuses sont les victimes de viol qui vivent avec une peur intense accompagnée de confusion, de colère tout en étant prises d'un grand sentiment de culpabilité et de honte. A cela peut venir s'ajouter une grossesse issue du viol qui peut aggraver la souffrance de la survivante de violences sexuelles. Cette nouvelle peut constituer un traumatisme supplémentaire et mettre en danger la vie de la victime. Certaines prendront la décision de le garder, d'autres d'abandonner le bébé. L'interruption de la grossesse vient signifier pour la victime le moyen de survivre. Cependant, l'accès à l'avortement est dépendant de la législation du pays. La victime s'expose alors à des risques majeurs pour sa survie en effectuant un avortement clandestin. Dans le cas où elles décideraient de le garder, ces femmes seront confrontées à une extrême pauvreté. Elles connaîtront alors de grandes difficultés et nombreuses seront obligées de quitter leur famille et leur communauté par peur d'être tuées. Dans les deux cas, elles risquent l'humiliation, l'exclusion ou encore la

stigmatisation. Parfois, cela va encore plus loin et elles risquent de subir une violence intense de la part de leur entourage jusqu'à la mort. Le refus d'avorter peut signifier la volonté de résister face à la victimisation. Ces femmes ont un grand nombre de raisons, d'espoirs de mettre au monde un enfant né du viol, que nous évoquerons dans le chapitre suivant (Bouvier, 2015).

Selon Salmona (2015), la conséquence la plus dramatique suite aux violences sexuelles est le suicide. Certains facteurs comme un fort sentiment de solitude, d'angoisse et/ou de tristesse, peuvent donner l'impression à ces femmes qu'aucune personne ne peut les aider ni les comprendre. Ainsi, cela les amènent à s'exclure et à passer à l'acte (AMTV, 2015). L'atteinte à leur dignité génère chez elles un sentiment de mort psychique, elles peuvent se sentir réduites à l'état d'objet (Salmona, 2013).

La violence sexuelle existe malheureusement partout dans le monde. Celle-ci a de profondes répercussions sur la santé physique et mentale de la victime mais pas seulement (Guinamard, 2010). Elle engendre également des problèmes au niveau de la santé sexuelle, que la victime va ressentir à la fois au moment des violences subies mais aussi à distance car le corps gardera en mémoire les traumatismes physiques de l'agression. Il est important de prendre tout autant en considération les conséquences pour la santé mentale que les conséquences physiques.

Les conséquences psychotraumatiques auront un impact fulgurant sur la santé psychique et physique de la victime. Si la prise en charge n'est pas mise en place rapidement et de manière spécifique, les symptômes risquent de se chroniciser et de perdurer durant des années voire toute une vie (Salmona, 2009).

Chapitre 5 : La résilience

Pour clôturer notre partie théorique, nous allons développer le concept de résilience puis plus précisément les différents mécanismes utilisés par les femmes victimes de violences sexuelles en RDC.

Il existe des facteurs de risque ainsi que des facteurs de protection du viol comme arme de guerre qui auront un impact sur la santé mentale et physique de la victime. Nous pouvons évoquer brièvement certains de ces facteurs de risque comme la pauvreté, les pairs ainsi que le milieu matériel et social. Ici, nous nous sommes intéressés aux facteurs de protection, qui jouent un rôle dans le processus de résilience pour la victime suite à un événement traumatisant comme les violences sexuelles.

5.1. Le concept de « résilience »

Depuis une dizaine d'année dans le monde de l'aide, la résilience fait l'objet d'un grand enthousiasme (Laissus-Benoist & al. 2018).

« La résilience est un terme français, issu du latin *resilientia* employé dans le contexte de la métallurgie et qui manifeste la capacité à retrouver son état initial suite à un choc ou une pression continue. Il a donc la capacité à absorber l'énergie cinétique sans se rompre » (Anaut, 2005).

La grande question d'après Véronique Cormont en ce qui concernent les victimes de violences sexuelles est la suivante: « comment aider celles-ci, à remettre en marche leur montre existentielle fracassée par ce traumatisme, à dire l'innommable sachant que rien ne sera plus comme avant et qu'à se taire, la victime court le risque d'une victimisation éternelle ou d'un débordement de sa haine et si cela était les violeurs auraient gagné » (Cormont, 2002).

Une autre question se pose: comment survivre au malheur? Aujourd'hui, de plus en plus de chercheurs s'intéressent aux différents processus qui vont permettre à un individu de mener une existence relativement normale après avoir vécu des traumatismes importants. Le terme de résilience est encore peu connu et désigne l'aptitude à survivre à des événements particulièrement douloureux mais c'est aussi la capacité de résistance que la personne aura de réagir positivement (Lecomte, 1999). Selon B. Cyrulnik, la résilience est « un processus

biologique, psychoaffectif, social et culturel qui permet un nouveau développement après un traumatisme psychique » (Cyrulnik, 2012).

La majorité des travaux sur la résilience porte sur des enfants. Pourtant la résilience ne concerne pas seulement les enfants, mais concerne également les personnes qui vivent un traumatisme pendant l'âge adulte. Selon Fisher, professeur de psychologie sociale à l'université de Metz, « ces personnes vont puiser au fond d'elles-mêmes des ressources latentes, mais jusqu'alors insoupçonnées ». Il dit également « c'est lorsqu'on doit affronter la mort que l'on apprend à vivre ». Une situation extrême va alors entraîner un véritable changement de personnalité. La personne concernée par l'incident va se retrouver dans un processus où elle aura un rôle actif (Bouvier, 2015).

L'entrée dans la résilience se fera en fonction des ressources intrinsèques et extrinsèques (Anaut, 2012). Elle se verra réalisée en fonction des facteurs de protection spécifiques à chaque individu. On compte parmi ces facteurs de protection pour la majorité des individus, les liens affectifs. En effet, la résilience se base sur trois types de facteurs : qui sont internes aux sujets (personnalité, défenses, capacités cognitives etc.), qui sont d'ordre familial et psychoaffectif (soutien et qualité des relations familiales et de péri-familiales), enfin qui relèvent du contexte socio-environnemental (amis, soutien communautaire, religieux etc.). Ces trois facteurs ont un rôle à jouer dans l'élaboration du processus défensif qui mène à la résilience. Quand les ressources internes s'épuisent et arrivent à être limitées, le niveau relationnel peut permettre des étayages extérieurs qui viendront soutenir les défaillances personnelles de l'individu. Ce processus de résilience que l'on caractérise d'évolutif résulte d'un échange qui met en interaction l'individu, la famille et l'environnement. La résilience revient à dépasser les conséquences du traumatisme et malgré tout tenter de préserver une qualité de vie avec le moins de dommages possibles et cela pourra être envisagé grâce aux ressources développées par le sujet lui-même. De plus, il est important de comprendre que le processus de résilience ne représente pas seulement le dépassement du traumatisme mais ce sont également les capacités humaines de l'individu qui permettent la confrontation à des expériences aversives. Suite à ces expériences aversives, le but est de pouvoir les intégrer puis d'être transformée par celles-ci (Anaut, 2012).

Michel Delage explique que le trauma au sein d'une famille attaque les liens de celle-ci. Une déchirure de l'un peut causer une altération des liens chez les autres. En effet, si la famille présente un fonctionnement dit « flexible » alors cela signifie qu'il y a une base de sécurité. Le membre blessé peut alors utiliser les liens à sa famille comme ressource. Dans le cas d'une

famille « flexible », l'entourage familial permettra une bulle affective paisible qui pourra amener à la sécurité de l'individu en souffrance et participera à l'atténuation ou la suppression des manifestations anxieuses, agressives ou désorientées. Au contraire, si le fonctionnement paraît plutôt rigide, le blessé qui n'aura pas acquis un attachement sécurisant aura du mal à exprimer sa souffrance. Cela empêche alors deux éléments clés de la résilience à faire effet : le soutien affectif et le sens donné par les récits (Cyrulnik, 2012).

Le processus de résilience compte principalement deux grandes phases : la première constitue la forme d'accommodation face aux situations difficiles pour le sujet (Anaut, 2012). C'est à ce moment qu'il va mettre en place des modes de protection en lien avec ses propres ressources internes et externes. Dans un deuxième temps, le sujet blessé reprendra un autre type de développement et c'est grâce à lui que le processus de résilience sera véritablement instauré. C'est un équilibre entre facteurs de protection et facteurs de risque. Lorsque les facteurs de protection prennent le dessus, ils auront un impact positif vis-à-vis du danger de la désorganisation psychique ainsi que sur l'impact délétère du traumatisme. Dans la mise en place du travail de résilience, la mise en place d'un néo-développement devra être effectuée tout en préservant l'identité psychique et sociale du sujet (Anaut, 2012).

D'autre part, nous pouvons nous demander ce que signifie une résilience efficace. L'efficacité d'une méthode, d'un processus, d'un outil revient à dire que celui-ci remplit sa fonction et atteint son but fixé initialement (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, 2012).

5.2. La prise en charge de l'hôpital de Panzi

Le programme de l'hôpital de Panzi se doit d'être orienté sur l'individu en mettant en avant la valorisation de l'autonomie et la dignité combinée à une réponse au niveau médical, psychosocial et socio-économique (Bouvier, 2014).

Il est important d'expliquer la terminologie des dénominations suivantes: "survivante", "victime" et "patiente" (Fondation Panzi, 2019). Lorsque l'on évoque le terme "survivante", cela suscite un lien avec la résilience le processus d'autonomisation des individus ayant souffert de violences sexuelles. On utilise fréquemment ce terme dans le domaine du soutien psychologique et social tandis que le terme "patiente" est plutôt utilisé dans le domaine médical. Le terme "victime" s'utilise en référence au contexte légal et à l'incident de

victimisation. Ces trois termes sont utilisés à Panzi de manière interchangeable (Fondation Panzi, 2019). Il est important de prendre en compte la façon dont chaque individu ayant vécu une violence sexuelle s'identifie. L'hôpital Général de Référence de Panzi a été créé par le Dr Mukwege en 1999 dans un souci d'amélioration de la santé maternelle. Mais rapidement, il se rend compte que la réalité est toute autre et voit arriver des femmes et des filles avec d'importantes blessures gynécologiques (Fondation Panzi, 2019). D'après les nombreux récits des patientes, il comprend alors que le visage de la guerre est celui des violences sexuelles. En effet, la réalité faisait que lui et son équipe soignaient autant de victimes de violences sexuelles que de mères et leurs bébés. Malgré le travail pour réparer les blessures arrivées suite à cette extrême violence, il est apparu que les soins médicaux n'étaient plus suffisants. Le Dr Mukwege explique que c'est le jour où une femme ayant été opérée et sur une voie de guérison mais ne bougeant plus, que leur protocole a été revu pour une vision plus holistique des soins des survivantes de violences sexuelles. Cette femme avait été violée devant toute sa famille et la honte et la stigmatisation qu'elle ressentait rendaient insignifiants les soins médicaux (Fondation Panzi, 2019).

Durant les premières années, le protocole était identique mais à ce moment-là ils ont réalisé qu'il fallait permettre aux victimes de guérir de manière globale (Fondation Panzi, 2019). Dans cet élan, la Fondation Panzi RDC a été créée en 2008 pour compléter les services de santé. Ce programme répond aux besoins des survivantes et les guide dans le processus de guérison. Il comprend le rétablissement physique, le soutien psychosocial et l'assistance juridique et socio-économique aux patientes et aux communautés (Fondation Panzi, 2019).

Le modèle de Panzi est basé sur l'idée du guichet unique en fournissant aux victimes de violences sexuelles un ensemble complet de soins, c'est-à-dire les soins médicaux, les soins psychosociaux, l'assistance juridique et la réintégration socioéconomique. Un même système englobe la collaboration et la coordination de ces différents secteurs (Fondation Panzi, 2019).

L'approche holistique de Panzi tente de se concentrer sur les besoins des survivantes dans leur globalité en sachant que ces besoins sont interdépendants (Fondation Panzi, 2019). A Panzi, une gestionnaire de cas appelée "Maman Chérie" va guider la survivante dans le processus de guérison et relier les secteurs les uns avec les autres afin de vérifier que les patientes reçoivent l'aide dont elles ont besoin. Elles sont accueillies, enregistrées et signent un consentement éclairé. C'est lors de cette première rencontre que la Maman chérie va identifier les besoins estimés urgents qu'ils soient psychologiques, médicaux ou autres (Fondation Panzi, 2019). Puis, c'est durant l'admission que la patiente pourra transmettre certaines de ses données historiques personnelles. Un seul dossier sera constitué et devra être mis à jour par les

prestataires de soins. La maman chérie explique les différents services de soins disponibles et comment cela peut aider la victime à entrer dans un processus de guérison (Fondation Panzi, 2019). Les soins sont basés sur quatre éléments essentiels, la qualité des services, la confidentialité, le respect et l'autodétermination. D'autre part, un travail de plaidoyer est effectué au niveau local, national et international visant à briser le silence tout en permettant de faire porter la voix des survivantes. Une collaboration est effectuée avec des ONG et d'autres institutions comme les autorités locales. De plus, cela permet à tous les membres des communautés d'être informés quant aux services proposés (Fondation Panzi, 2019).

Le chemin est personnalisé pour chaque survivante en fonction de ses besoins (Fondation Panzi, 2019). Le but final est de répondre à ses besoins de rétablissement et de guérison ainsi que leur permettre de se reconstruire et de se réinsérer au sein de leur communauté. En effet cela induit divers éléments à prendre en compte dans la prise en charge que ce soit soutenir psychologiquement les victimes et les préparer à subir des interventions chirurgicales complexes, mais également atténuer leurs préoccupations en lien avec leurs moyens financiers (Fondation Panzi, 2019). De plus, un réseau de soutien solide leur permettra de se lancer dans une recherche de justice en effectuant une dénonciation et un témoignage devant le tribunal. Enfin, des soins psychologiques peuvent être effectués de manière individuelle, qui visent à soutenir un processus de guérison psychologique adapté aux besoins, ou groupal (Fondation Panzi, 2019).

5.3. Les dimensions de la résilience en lien avec la prise en charge de l'hôpital de Panzi

5.3.1. Les compétences personnelles et ténacité

Lorsque l'on évoque la notion de résilience, nous nous devons de nous intéresser aux facteurs de protection. Pour Fischer, la vulnérabilité est au cœur de l'expérience de survie des individus ayant vécu un traumatisme. Nous en retrouvons deux catégories: les facteurs affectifs et cognitifs. Tout d'abord, nous avons les facteurs affectifs qui correspondent aux relations affectueuses que l'individu résilient entretient avec son entourage. Selon Guédeney (2010), « on n'est pas résilient tout seul, sans être en relation ». Puis, on trouve les aptitudes cognitives qui représentent la capacité de se fixer des objectifs et d'élaborer une stratégie pour

y parvenir. C'est grâce à ces aptitudes que les personnes ayant vécu un traumatisme font en sorte de se mettre à distance de cette souffrance qui risquerait de les submerger. Dans le sens de cette réflexion, le psychiatre Frankl a élaboré une forme de psychothérapie qui se base sur la nécessité de trouver un sens à l'existence. C'est dans ses études sur le passage en camp de concentration qu'il a réfléchi à ce concept. Selon lui, l'humain peut supporter une souffrance inévitable, à condition qu'il lui trouve un sens (Lecomte, 1999).

Enfin, les facteurs cognitifs renvoient à la volonté de l'individu et à ses motivations. La survie est souvent liée au respect de soi-même. L'impact de la détermination personnelle est primordial dans ces situations traumatiques (Lecomte, 1999).

5.3.2. La spiritualité

En ce qui concerne la dimension religieuse et pour illustrer celle-ci, il est possible d'évoquer le témoignage d'une femme de République centrafricaine qui explique que suite à un enlèvement et à un viol, elle est tombée enceinte à l'âge de 12 ans. Elle énonce qu'elle a souhaité garder l'enfant « car tous les enfants sont un don de Dieu » (Puechguirbal, 2011).

La croyance de penser que des jours meilleurs sont à venir est restée réaliste et active. Elle doit être orientée selon différentes manières : la croyance que c'est de par nos propres ressources que l'on pourra s'en sortir, puis la croyance aux autres, et enfin la croyance en une religion. Par exemple, qui est capable d'orienter vers la médiation, la prière ou autres rituels qui peut même amener jusqu'à un travail de pardon (Delage, 2012).

Avant, la religion n'était pas toujours considérée comme un facteur pouvant engendrer un processus de résilience (Tousignant, 2012). Le doctorant Sistiva de l'université de Bordeaux a effectué une thèse portant sur la guerre de Colombie et elle montre l'impact de la religion dans le processus de résilience chez ces personnes déplacées. Ces individus représentent une population qui après avoir reçu une menace de mort n'ont eu que quelques heures pour fuir. Leurs récits ont permis de soulever leur fidélité aux croyances religieuses puisqu'ils pouvaient expliquer que l'exil se passant souvent seul, ils avaient tendance à se tourner vers Dieu en qui ils pouvaient encore avoir confiance. Par le biais de la religion, il est également exposé le fait de ne pas rester focalisé sur son statut de victime et ainsi voir l'exil comme une possibilité d'échapper à la mort plutôt que de le vivre comme une punition. Good et Delvecchio, deux anthropologues, ont exposé l'interprétation des Iraniens qui présentaient un épisode de dépression majeure et qui ont réussi à passer outre (Tousignant, 2012). Cette interprétation

relève de l'identification au prophète Hossein (fondateur du mouvement chiite au sein de l'islam) qui a permis à ces individus de ressentir un sentiment de force pour affronter les injustices. De plus, après avoir vécu une tragédie, la tristesse est associée comme étant glorifiante. Globalement, la religion permet l'adoption d'un système de croyance apportant une certaine sérénité et permet une certaine confiance en l'avenir. Tousignant (2012) évoque que « pour oublier le passé, il faut entrevoir l'avenir ».

5.3.3. La tolérance des affects

Le docteur Robert Stolorow (cited by Selvam, 2018), explique que certains symptômes qui se développent à la suite de situations difficiles sont parfois issus d'un manque de tolérance vis-à-vis des émotions ressenties lors de l'événement. Lorsque l'on parle de tolérance aux affects, il est important de se rappeler qu'un individu peut présenter une grande tolérance pour une émotion et pas une autre. La capacité de tolérance à une émotion varie également selon l'individu et la situation devant laquelle il se trouve confronté. Lorsqu'une personne ne présente aucun symptôme et qu'elle vit l'émotion en réaction à la situation en question, on parle de tolérance aux affects (Selvam, 2018).

Trois facteurs déterminent qu'une personne est tolérante aux affects. Tout d'abord, le soutien affectif qui est un facteur important puisqu'il est prédictif de la capacité de l'individu à expérimenter et à tolérer l'émotion (Selvam, 2018). Ce soutien psychologique concerne généralement des personnes présentes à ce moment-là dans l'environnement de l'individu. Ensuite, l'attitude de l'individu face aux émotions puisque celle-ci va permettre de déterminer sa capacité à les expérimenter et à les tolérer. Enfin, nous relevons l'embodiment⁵ des émotions qui montre que plus l'émotion est intégrée dans une large partie du corps et plus il lui sera facile de ressentir cette émotion et ainsi la tolérer (Selvam, 2018).

⁵ Cognition incarnée : concept issu de la psychologie cognitive qui englobe les pensées, les sentiments et les comportements basés sur nos expériences sensorielles ou corporelles

5.3.4. Le sens du contrôle interne

Le sentiment de contrôle interne existe chez tout individu se trouvant dans une situation de changement. Ce concept a été créé pour identifier les divers degrés de relation causale que les personnes peuvent établir entre le fait d'obtenir un renforcement donné et leur propre conduite (Benedetto, 2008). Selon Rotter en 1966, « *Si la personne perçoit que l'événement dépend de son comportement ou de ses propres caractéristiques relativement permanentes, il a été considéré comme une croyance dans le contrôle interne* ». Nous pouvons parler de locus de contrôle dit interne lorsque l'individu croit que sa performance ou son sort dépend de lui-même (Benedetto, 2008).

Une perte de contrôle est constatée chez l'individu qui présente un traumatisme et l'art peut être une activité créatrice permettant une certaine maîtrise de soi et de la situation (Schauder, 2012). Elle peut avoir une fonction auto-thérapeutique selon Schauder (2012). De plus, si le sujet réussit à se décentrer de sa souffrance individuelle en relativisant, il pourra avoir l'opportunité par le biais d'une pratique artistique de déposer une trace de l'expérience traumatique qu'il a vécu (Schauder, 2012). Cet exercice peut permettre au sujet d'être en quelque sorte ré-humanisé et ce via d'autres éléments comme l'humour, la sublimation ou l'altruisme qui peuvent eux-mêmes être facilitateurs vers le processus de résilience. Il faut cependant rester prudent puisqu'un surinvestissement du traumatisme pourrait engendrer des effets négatifs sur le fonctionnement psychique de l'individu (Schauder, 2012).

5.3.5. L'acceptation au changement et relations interpersonnelles

La famille a un rôle dans le processus de résilience. Lorsqu'un sujet au sein d'une famille est victime d'un événement difficile, il n'est pas le seul à souffrir puisque tous les membres de la famille peuvent être impactés. On peut parler de phénomène de contagion, c'est-à-dire de diffusion chez d'autres partenaires de la famille qui vivraient des résonances et une amplification de la souffrance des uns et des autres. C'est donc la famille dans sa globalité qui est atteinte (Delage, 2012).

Selon des témoignages, les personnes soulignent que se sentir aimées par leurs proches est un soutien essentiel (Cyrułnik, 2012). Lorsqu'un individu se retrouve en détresse psychique, le premier acteur sollicité est souvent la famille (Anaut, 2012). La famille pourra transmettre son soutien de par différents éléments. Tout d'abord, via les liens d'attachement construits durant l'enfance du sujet blessé. Vivre une expérience traumatique peut amener la famille à décider

de se soutenir face à la difficulté et à former une certaine forme de solidarité dans les liens familiaux. La famille en tant que groupe se mobilisera pour aider le sujet agressé à surmonter cet événement afin de progresser vers un chemin allant à la résilience (Anaut, 2012).

Dans le cas où l'individu ne serait pas soutenu par sa famille, des liens d'attachement alternatifs pourront faire irruption dans la vie du sujet, comme le soutien d'un voisin, d'un ami, d'une rencontre représentée comme significative (Anaut, 2012). De nombreux sujets ayant vécu un événement difficile exposent une réalité, celle d'avoir rencontré une personne ou un réseau d'entraide qui a pu devenir un repère. Ainsi, ce repère lui a permis d'accéder à un changement fondamental. Dans ce cas, la croyance en l'autre permet la construction d'un nouveau type de développement ainsi qu'un renforcement de sa confiance en soi (Anaut, 2012). Ces personnes faisant partie d'un groupe d'entraide pourront assurer un rôle de « tuteur de résilience » selon B. Cyrulnik (2012).

La capacité d'un sujet à s'attacher à une personne faisant preuve d'empathie est un élément clé du développement qui conduit au processus de résilience (Anaut, 2012). Cela passe par des interactions relationnelles affectives de soutien (encouragements, aide, écoute) ou bien par les projections du sujet sur elle en leur attribuant une valeur de modèle identificatoire. Le soutien affectif aura pour rôle de contenir les affects négatifs puis servir d'étayage (Anaut, 2012).

Selon Bouvier, la résilience ne s'obtient pas seul mais bel et bien avec les autres dans un souci d'interaction et d'évolution (Bouvier, 2015). Les groupes de paroles seraient une voie sûre et efficace pour partager l'événement traumatisant et réfléchir à sa signification mais également pour consolider les stratégies à adopter pour survivre (Bouvier, 2015). Le principe premier de la thérapie communautaire pour les victimes de violences sexuelles est de tenter de résoudre certaines de leurs problématiques via un contact avec les autres plutôt qu'en restant seules. C'est un espace de parole où il est possible d'exprimer toutes sortes d'émotions comme la peur, la colère. Le but étant d'instaurer une solidarité dans le groupe sous forme de médiation (Gasibirege, 2015).

5.4. Les limites de la résilience

5.4.1. Limites psychologiques

A long terme les mécanismes de défense peuvent être délétères pour l'individu et le couper de toute réalité à tel point qu'il peut en venir à présenter des formes de délire (Cyrułnik, 2012). B. Cyrułnik (2012) utilise l'exemple du déni qui fonctionne « comme un plâtre sur une jambe cassée. Si l'on fait marcher trop tôt le blessé, on aggrave sa fracture, on ne provoque que de la souffrance. Le plâtre protège et permet un début de cicatrisation, mais on ne peut pas passer sa vie avec un plâtre ».

A l'hôpital de Panzi, la récupération d'ordre physique va de pair avec le soutien psychologique (Fondation Panzi, 2019). Les conséquences psychologiques de la violence peuvent être considérablement néfastes et avoir des conséquences à court ou à long terme. Afin de poursuivre cette prise en charge, les patients rencontreront de manière imposée un psychologue durant un entretien puisque généralement les personnes qui arrivent, ne connaissent pas le concept et une explication ne suffit pas (Fondation Panzi, 2019). Puis, la patient(e) pourra décider de poursuivre le suivi psychologique. Les soins psychologiques de traitement du traumatisme et les activités de soutien psychosocial font parties des interventions psychologiques. Celles-ci visent la sécurité des survivant(e)s afin qu'elles retrouvent une certaine confiance envers les autres et un sentiment d'estime de leur corps. Elles permettront également la tentative de reconstruction des relations avec les pairs de la survivante et de retrouver un sentiment d'appartenance vis-à-vis de sa communauté (Fondation Panzi, 2019). Deux possibilités s'offrent à la victime qui peuvent être complémentaires. Premièrement, une psychothérapie individuelle basée sur des sessions brèves orientées vers les solutions et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Deuxièmement, une thérapie de groupe qui leur donne la possibilité de rentrer en contact et d'échanger avec d'autres personnes qui auraient vécu des incidents similaires de violences (Fondation Panzi, 2019).

5.4.2. Limites institutionnelles

C'est E. Werner (1992) qui amène à la découverte de la compréhension du processus de résilience par la conjugaison entre structures du milieu et ressources internes du sujet. En effet, le milieu dans lequel se trouve l'individu en souffrance a un rôle dans le processus de résilience.

Les obstacles les plus importants face au déclenchement de ce processus de résilience sont les préjugés culturels qui structurent le milieu de l'individu tels que « les enfants abandonnés sont perdus » (Cyrulnik, 2012). C'est le cas pour les femmes victimes de violences sexuelles arrivant à l'hôpital de Panzi. Panzi est réputé dans la région comme étant un hôpital général mais également comme étant un refuge pour la guérison des femmes qui ont subi un viol. Ces femmes sont principalement stigmatisées à cause de ces préjugés culturels mis en lien avec l'institution (Hôpital de Panzi, 2016).

5.4.3. Limites socioculturelles

En ce qui concerne les limites socioculturelles, certaines cultures proposent un processus de résilience. Lorsque la sécheresse, une décision politique ou qu'un peuple est chassé de son pays par un conflit existe, nous constatons que la communauté qui a préservé un lien de solidarité et une valeur des traditions manifesterait peu de troubles psycho-traumatiques. Les mythes ont une place considérable dans le cheminement de la résilience. Cyrulnik (2012) présente l'exemple suivant: « quand une femme est agressée sexuellement dans un contexte familial et culturel qui l'encourage à se défendre, une résilience sera possible ; quand la culture dit qu'une femme violée est devenue une souillure qui déshonore sa famille, la résilience sera pratiquement impossible ». Lors de chaque événement quotidien dans un contexte social de précarité, l'individu en souffrance le vivra comme une épreuve (violences, mauvaise alimentation, chômage, surpopulation, etc.). Les déchirures traumatiques qu'ils vivent entraînent un découragement important qui facilite la victimisation (Cyrulnik, 2012).

Pour conclure, étudier la résilience consiste en un questionnement quant aux conditions qui permettent de reprendre un nouveau développement après un traumatisme

(Cyrułnik, 2012). Cela implique un système de données biologiques, psychologiques et affectives mais également familiales, sociales et culturelles.

Dans chacun de ces domaines on y retrouve des limites. Cependant, nous relevons trois facteurs qui peuvent fortement entraver un processus de résilience : la solitude, le non-sens, et la honte (Cyrułnik, 2012).

Ce que montrent les différentes études et les témoignages, c'est que l'être humain possède des ressources inattendues qui le rendent capable de surmonter des épreuves, pensées considérées comme insurmontables (Lecomte, 1999).

Chapitre 6 : La prise en charge des SVS à l'Hôpital de Panzi

6.1. L'hôpital de Panzi

Les programmes se doivent d'être orientés sur l'individu en mettant en avant la valorisation l'autonomie et la dignité combinée à une réponse au niveau médical, psychosocial et socio-économique (Bouvier, 2015).

Il est important d'expliquer la terminologie en ce qui concerne les termes suivants: " survivante", "victime" et "patiente" (Fondation Panzi, 2019). Lorsque l'on évoque le terme "survivante", cela suscite un lien avec la résilience le processus d'autonomisation des individus ayant souffert de violences sexuelles. On utilise fréquemment ce terme dans le domaine du soutien psychologique et social tandis que le terme "patiente" est plutôt utilisé dans le domaine médical. Le terme "victime" s'utilise en référence au contexte légal et à l'incident de victimisation. Ces trois termes sont utilisés à Panzi de manière interchangeable (Fondation Panzi, 2019). Il est important de prendre en compte la façon dont chaque individu ayant vécu une violence sexuelle s'identifie. L'hôpital Général de Référence de Panzi a été créé par le Dr Mukwege en 1999 dans un souci d'amélioration de la santé maternelle. Mais rapidement, il se rend compte que la réalité est toute autre et voit arriver des femmes et des filles avec d'importantes blessures gynécologiques (Fondation Panzi, 2019). D'après les nombreux récits des patientes, il comprend alors que le visage de la guerre est celui des violences sexuelles. En effet, la réalité faisait que lui et son équipe soignaient autant de victimes de violences sexuelles que de mères et leurs bébés. Malgré le travail pour réparer les blessures arrivées suite à cette extrême violence, il est apparu que les soins médicaux n'étaient plus suffisants. Le Dr Mukwege explique que c'est le jour où une femme ayant été opérée et sur une voie de guérison mais ne bougeant plus, que leur protocole a été revu pour une vision plus holistique des soins des survivantes de violences sexuelles. Cette femme avait été violée devant toute sa famille et la honte et la stigmatisation qu'elle ressentait rendaient insignifiants les soins médicaux (Fondation Panzi, 2019).

Durant les premières années, le protocole était identique mais à ce moment-là ils ont réalisé qu'il fallait permettre aux victimes de guérir de manière globale (Fondation Panzi, 2019). Dans cet élan, la Fondation Panzi RDC a été créée en 2008 pour compléter les services de santé. Ce programme répond aux besoins des survivantes et les guide dans le processus de

guérison. Il comprend le rétablissement physique, le soutien psychosocial et l'assistance juridique et socio-économique aux patientes et aux communautés (Fondation Panzi, 2019). Le modèle de Panzi est basé sur l'idée du guichet unique en fournissant aux victimes de violences sexuelles un ensemble complet de soins, c'est-à-dire les soins médicaux, les soins psychosociaux, l'assistance juridique et la réintégration socioéconomique. Un même système englobe la collaboration et la coordination de ses différents secteurs (Fondation Panzi, 2019). L'approche holistique de Panzi tente de se concentrer sur les besoins des survivantes dans leur globalité en sachant que ces besoins sont interdépendants (Fondation Panzi, 2019). A Panzi, une gestionnaire de cas appelée "Maman Chérie" va guider la survivante dans le processus de guérison et relier les secteurs les uns avec les autres afin de vérifier si les patient(e)s reçoivent l'aide dont elles ont besoin. Elles sont accueillies, enregistrées et signent un consentement éclairé. C'est lors de cette première rencontre que la Maman chérie va identifier les besoins estimés urgents qu'ils soient psychologiques, médicaux ou autres (Fondation Panzi, 2019). Puis, c'est durant l'admission que la patiente pourra transmettre certaines de ses données historiques personnelles. Un seul dossier sera constitué et devra être mis à jour par les prestataires de soins. La maman chérie explique les différents services de soins disponibles et comment cela peut aider la victime à entrer dans un processus de guérison (Fondation Panzi, 2019). Les soins sont basés sur quatre éléments essentiels, la qualité des services, la confidentialité, le respect et l'autodétermination. D'autre part, un travail de plaidoyer est effectué au niveau local, national et international visant à briser le silence tout en permettant de faire porter la voix des survivantes. Une collaboration est effectuée avec des ONG et d'autres institutions comme les autorités locales. De plus, cela permet à tous les membres des communautés d'être informés quant aux services proposés (Fondation Panzi, 2019).

Le chemin est personnalisé pour chaque survivante en fonction de ses besoins (Fondation Panzi, 2019). Le but final est de répondre à ses besoins de rétablissement et de guérison ainsi que leur permettre de se reconstruire et de se réinsérer au sein de leur communauté. En effet cela induit divers éléments à prendre en compte dans la prise en charge que ce soit soutenir psychologiquement les victimes et les préparer à subir des interventions chirurgicales complexes, mais également atténuer leurs préoccupations en lien avec leurs moyens financiers (Fondation Panzi, 2019). De plus, un réseau de soutien solide leur permettra de se lancer dans une recherche de justice en effectuant une dénonciation et un témoignage devant le tribunal. Enfin, des soins psychologiques peuvent être effectués de

manière individuelle, qui visent à soutenir un processus de guérison psychologique adapté aux besoins, ou groupal (Fondation Panzi, 2019).

6.1.1. Les soins médicaux

Souvent, au vu des problèmes médicaux relevés, les premiers soins reçus sont généralement d'ordre médical comme par exemple une intervention chirurgicale de type fistule, ou bien un traitement pour les maladies sexuellement transmissibles (MST) ou blessures de tous types (Fondation Panzi, 2019). Certaines victimes se rendent rapidement à l'hôpital mais la majorité, de par leur honte ou la stigmatisation liée aux violences sexuelles, ignorent ou cachent leurs blessures. Dans d'autres cas, elles interprètent leurs symptômes comme des maux d'estomac ce qui se révèle être des manifestations psychosomatiques du traumatisme psychologique (Fondation Panzi, 2019).

6.1.2. Le soutien psychologique

La récupération d'ordre physique va de pair avec le soutien psychologique (Fondation Panzi, 2019). Les conséquences psychologiques de la violence peuvent être considérablement néfastes et avoir des conséquences à court ou à long terme. Afin de poursuivre cette prise en charge, les patients rencontreront de manière imposée un psychologue durant un entretien puisque généralement les personnes qui arrivent, ne connaissent pas le concept et une explication ne suffit pas (Fondation Panzi, 2019). Puis, la patient(e) pourra décider de poursuivre le suivi psychologique. Les soins psychologiques de traitement du traumatisme et les activités de soutien psychosocial font parties des interventions psychologiques. Celles-ci visent la sécurité des survivant(e)s afin qu'elles retrouvent une certaine confiance envers les autres et un sentiment d'estime de leur corps. Elles permettront également la tentative de reconstruction des relations avec les pairs de la survivante et de retrouver un sentiment d'appartenance vis-à-vis de sa communauté (Fondation Panzi, 2019). Deux possibilités s'offrent à la victime qui peuvent être complémentaires. Premièrement, une psychothérapie individuelle basée sur des sessions brèves orientées vers les solutions et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Deuxièmement, une thérapie de groupe qui leur donne la possibilité de rentrer en contact et d'échanger avec d'autres personnes qui auraient vécu des incidents similaires de violences (Fondation Panzi, 2019).

6.1.3. La réintégration socio-économique

Durant les conflits, les victimes de violences sexuelles se retrouvent souvent dans des contextes socio-économiques difficiles (Fondation Panzi, 2019). Les problèmes d'ordre physique ou mental peuvent les empêcher d'effectuer les tâches du quotidien ce qui entraîne une perte de revenus. Il n'est pas rare qu'en étant stigmatisées, les victimes de viol perdent le soutien économique de la part de leur proche et de la communauté, qui reste normalement une contribution première (aide d'urgence, formation professionnelle, programme de micro-financement) pour la réintégration et le processus de mieux-être pour les survivantes. Via Panzi, certaines survivantes décident de sensibiliser leur communauté et dénoncer ce qui contribue aux violences sexuelles (Fondation Panzi, 2019).

6.1.4. L'assistance juridique

L'assistance juridique est importante et permet à une majorité de survivant(e)s d'avoir une reconnaissance vis-à-vis de l'atteinte à leur intégrité et dignité par le biais de la punition de l'auteur (Fondation Panzi, 2019). Les procédures judiciaires peuvent avoir un rôle dans le processus de guérison que ce soit pour canaliser sa colère ou le sentiment d'injustice, recevoir une certaine réparation mais également de permettre à la victime d'aller au-delà de la victimisation. De plus, elles préviennent de futures violences similaires ce qui engendre une solidarité naissante entre les survivantes (Fondation Panzi, 2019). Enfin, les procédures judiciaires permettent d'assurer une certaine sécurité et tranquillité sociale aux victimes dans le cas où les auteurs sont condamnés à des peines d'emprisonnement. Elles ont un impact dans la prévention et la guérison des communautés. Au contraire, le manque de poursuites contre les auteurs a tendance à transmettre un message dangereux, celui que les violences sexuelles peuvent être utilisées en toute impunité.

L'assistance juridique a un rôle primordial de soutien des survivantes lorsqu'elles souhaitent recourir au système judiciaire (Fondation Panzi, 2019).

Pour conclure, les soins holistiques permettent de générer des avantages pour la société de manière globale (Fondation Panzi, 2019). La vulnérabilité face aux autres violences diminue grâce à l'autonomisation des survivantes. Le silence est de plus en plus brisé par les services offerts aux victimes ce qui accroît la sensibilisation de la gravité des infractions commises au sein des communautés. La probabilité de dissuasion est augmentée et l'impunité est réduite grâce aux actions en justice (Fondation Panzi, 2019). En effet, l'amélioration du

bien-être et de la résilience des survivantes les amènent à vouloir de plus en plus défendre leurs droits. C'est grâce à cela que les femmes deviennent actrices de changement et souhaitent de plus en plus prendre part aux décisions que ce soit au sein de leur foyer ou de leur communauté (Fondation Panzi, 2019).

II. Champ de recherche & méthodologie

1. QUESTION DE RECHERCHE

Durant la revue de littérature, nous souhaitons mettre en avant qu'il existe une situation préoccupante en République Démocratique du Congo et que les viols sont des actions qui restent courantes. De plus, nous savons que les violences sexuelles peuvent impacter les femmes qui ensuite peuvent développer une symptomatologie post-traumatique. Dans ces circonstances, nous pouvons supposer que les violences sexuelles commises en République Démocratique du Congo auraient un impact psychologique sur les femmes et que découle alors tout un processus de résilience afin de survivre. Les études actuelles portent principalement sur les impacts physiques et les maladies transmises et peu sur les mécanismes de résilience tels que les compétences personnelles, la spiritualité, le sens du contrôle interne, les relations interpersonnelles positives et bien d'autres. En identifiant les mécanismes de résilience utilisés par ces femmes, nous pourrions dans le futur adapter la prise en charge au plus proche de leurs besoins et de leurs ressources à disposition. Ce travail aura pour but d'investiguer par quels moyens ces survivantes de violences sexuelles vont entrer dans un processus de résilience. Ceci, dans le but d'améliorer la prise en charge de ces femmes (Braeckman, 2016). Nous allons essayer de chercher plus précisément quelle est l'influence de la stigmatisation sur la résilience selon le niveau d'anxiété et de dépression des femmes victimes de violences sexuelles en République Démocratique du Congo.

2. PROBLÉMATIQUE

Nous allons tenter de calculer ces mesures de la manière la plus objective possible. Pour cela nous nous sommes posés la question suivante. Quelle est l'influence de la stigmatisation sur la résilience selon le niveau d'anxiété et de dépression des femmes victimes de violences sexuelles en République Démocratique du Congo ?

3. HYPOTHESES

Afin de répondre à notre question de recherche, nous émettons plusieurs hypothèses en lien avec la littérature exposée précédemment :

3.1. Hypothèses générales

Hypothèse 1 : Les femmes plus âgées baseront leur résilience sur la spiritualité tandis que les plus jeunes présenteront plutôt une résilience basée sur les compétences personnelles.

En effet, c'est à travers les épreuves que, selon Boris Cyrulnik (2017), on s'aperçoit que la croyance en Dieu favorise la résilience: « on constate que ceux qui ont une croyance, surmontent mieux ces épreuves, parce que la spiritualité donne accès à un sentiment de transcendance, à un espoir, à un courage, une force qui aide et guide. Et la religiosité augmente la solidarité: on s'entraide plus facilement entre individus d'un même groupe religieux » (Cyrulnik, 2017).

De nos jours, de plus en plus de femmes peuvent être des leaders et travailler aux côtés des hommes, à niveau égal. Les jeunes femmes d'aujourd'hui souhaitent façonner de nouvelles normes de genre et aller vers une facilitation de l'autonomisation des femmes au sein des communautés. Ainsi, elles utilisent leurs compétences personnelles afin d'occuper des rôles et des positions dans les conseils locaux (Tostan, 2018). D'autre part, en ce qui concerne la spiritualité, le niveau de participation religieuse est plus important chez les personnes âgées que dans les autres groupes d'âges. La spiritualité de manière générale est pour les personnes plus âgées la plus grande source de soutien social en dehors de la famille (Kaplan, 2019).

Hypothèse 2 : Plus le délai de prise en charge est élevé et plus nous pensons que les femmes victimes de violences sexuelles présentent plutôt une résilience basée sur le sens du contrôle interne.

Selon l'Organisation de Médecins Sans Frontières (MSF), l'enjeu de la prise en charge des victimes de violences sexuelles consiste à fournir des soins adaptés le plus rapidement possible après l'agression (MSF, 2020). Les processus défensifs faisant partie du contrôle interne de l'individu, lui permettent de temporiser et de mettre en place un temps de latence afin d'affronter la réalité et de parvenir à formuler une demande de prise en charge (Bouleuc & Ruszniewski, 2012).

Hypothèse 3 : Plus les femmes victimes de violences sexuelles sont stigmatisées plus elles présentent une résilience basée sur la tolérance des affects.

En 2009, Dericquebourg explique que « l'appropriation individuelle de la stigmatisation passe par un apprentissage social des réactions affectives envers la différence ». L'individu peut décider de lutter contre les stigmatisations dont il est victime avec un groupe étant dans une situation semblable qui lui permettra de tolérer des affects négatifs en lien avec la stigmatisation vécue (Dericquebourg, 2009).

3.2.Hypothèses spécifiques à l'anxiété et la dépression

Hypothèse 4 : Plus les femmes victimes de violences sexuelles sont rejetées par leur mari après l'incident, plus elles présentent un haut taux d'anxiété ce qui augmente la stigmatisation et ainsi influence négativement la mise en place du mécanisme de résilience efficace.

Dans certaines situations, l'entourage ne comprend parfois pas les souffrances du proche. En effet, leur attitude se rapproche parfois de la stigmatisation et ainsi du rejet de celui-ci. Dans ce cas, ces comportements amènent le patient à s'inscrire au sein d'un cercle redondant mêlant angoisses et souffrances dont il est compliqué de l'en sortir avec le temps. Cela signifie qu'il est compliqué pour l'individu en souffrance de rentrer dans un processus de résilience (Oswald, 2020).

Hypothèse 5 : Plus les femmes victimes de violences sexuelles ont perdu leur mari, plus elles présentent un haut taux de dépression ce qui augmente la stigmatisation et ainsi influence négativement la mise en place de mécanisme de résilience efficace.

Les femmes ayant une faible estime d'elles-mêmes sont plus susceptibles de développer une dépression suite à la perte ou au départ délibéré de son conjoint. Par la suite, elle peut développer une dépression qui a de considérables répercussions sur le bien-être physique et mental, comme la stigmatisation. Ainsi, trop souvent, l'individu stigmatisé est découragé à l'idée de demander de l'aide ce qui est un frein à la possible mise en place de mécanisme de résilience (Fondation Bayshore, 2020).

4. LE TERRAIN ET LA POPULATION

4.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

30 femmes âgées entre 23 et 70 ans ont accepté de participer à l'étude. Ce sont toutes des femmes qui sont venues au projet SVS de l'hôpital de Panzi suite à une agression sexuelle contre leur personne. Le critère d'inclusion de l'étude est le fait que la femme ait subi une agression sexuelle. Aucun critère d'exclusion n'a été retenu dans cette étude.

4.2. Procédure de recrutement

Les femmes sont recrutées volontairement à cette étude. Une fois qu'elles ont rencontré les assistantes sociales et le médecin, elles sont redirigées si elles le souhaitent vers les psychologues afin d'avoir un avis sur le traumatisme qu'elles ont subi.

4.3. Contexte et lieu de recrutement

La recherche s'effectue en République Démocratique du Congo dans la région du Sud Kivu et plus précisément dans la province du Sud-Kivu à Bukavu. Les femmes interrogées se trouvent à l'hôpital de Panzi dirigé par le Dr Mukwege. L'étude se fait au sein du projet SVS de l'hôpital.

5. COMPOSANTE ÉTHIQUE DU PROJET

Le consentement se fait à l'aide d'une feuille de consentement que la survivante signe ou si elle en est dans l'incapacité elle appose son empreinte. L'étude n'est pas obligatoire et il est laissé au libre choix de la patiente d'y participer et de donner son accord. Cette feuille est traduite au préalable en Swahili. La majorité des patientes ne sachant pas lire, le psychologue énonce les principaux points de ce consentement lors de l'intervention. Cette feuille contient le but de la recherche, le droit de refuser de participer à l'étude et de pouvoir arrêter l'étude quand elles le souhaitent, les risques de l'étude, les bénéfices de la recherche, les personnes de contacts, les limites de la confidentialité ainsi que les motivations de la participation.

La prise de contact se fait au sein de l'hôpital pour les femmes qui sont soignées à Panzi. L'assistante sociale dit « maman chérie » l'oriente chez un des psychologues de l'équipe pour son premier entretien. La protection des données se fait au moyen d'un numéro de passation qui n'inclut pas le nom de la patiente. Nous ne sommes pas censés donner des informations

sur l'histoire sexuelle, l'histoire de l'abus et les relations interpersonnelles. Cependant, nous y sommes autorisés par le fait que cela sera explicitement dit au début de l'étude. De plus le traitement des données se fait sous forme automatisée, car il se fait à l'aide des nouvelles technologies. L'anonymat des femmes est garanti grâce à un numéro de dossier où le nom n'apparaît pas. Seul l'Université de Liège a gardé dans un fichier confidentiel la correspondance nom-numéro de dossier. Dans le numéro de dossier, rien ne permet de reconnaître l'individu interrogé. Rien ne permet de l'identifier car les données sont utilisées à des fins statistiques de telle sorte que les personnes concernées ne sont raisonnablement plus identifiables. Une soumission de mon projet au comité d'éthique a été nécessaire. Ce comité s'assure que l'étude envisagée satisfait les critères du comité. Il est obligatoire de soumettre son dossier en cas de recherche sur des êtres humains, ce qui est notre cas. Ce comité a vérifié la participation libre et éclairée des patients, de la feuille de consentement (objectifs, modalités, risques, renoncement possible) et du respect des personnes (protection de l'intégrité de la personne, confidentialité des données). Cet accord a été donné durant mon séjour à l'hôpital.

6. LES OUTILS

Nous utilisons une fiche de consentement, un formulaire d'informations et les différents questionnaires présentés ci-dessous.

6.1. Formulaire d'information et formulaire de consentement

Ce formulaire d'information traduit en Swahili est composé de quatre feuilles au format A4. Au départ nous avons pensé donner ce formulaire à la patiente après l'avoir passé en revue ensemble. Cependant nous avons finalement décidé en cours d'étude de ne plus donner le document puisque la majorité des patientes ne savent pas lire. Ce document énonce le but de cette étude sans trop la biaiser, également le nom de la directrice de la recherche et comment la contacter, le lieu de l'étude, les conditions de l'étude, les conditions de la confidentialité de l'étude, le droit à se rétracter, les bénéfices attendus de l'étude, les risques possibles de l'étude, là où l'étude peut être diffusée et les conditions de consentement à la recherche.

6.2. Questionnaires

- **Questionnaire de données sociodémographiques.** Ce questionnaire est effectué par les assistantes sociales au préalable. Nous avons pu relever un certain nombre de données (genre, niveau, d'étude, âge, etc.) (Voir Annexe A).
- **The Hopkins Symptom checklist-25 (HSCL-25)** est une échelle composée de 25 items mesurant l'anxiété et la dépression. Il est utilisé pour identifier les maladies psychiatriques en soins primaires (Le Bris, 2017). A l'origine il a été développé comme un inventaire des symptômes d'auto-évaluation mais il est plus souvent utilisé comme une échelle administrée par un interviewer. Il a été largement accepté dans les contextes de réfugiés et dans la recherche interculturelle (DeVries & al. 2007). Ce questionnaire se compose de deux parties. La première partie regroupe 10 éléments pour les symptômes d'anxiété et la deuxième partie regroupe 15 éléments pour les symptômes de dépression. C'est une échelle de Likert en 4 points (allant de 0 = *pas du tout* à 4 = *extrêmement*). Si la note moyenne sur le HSCL-25 est supérieure ou égale 1,55 alors le patient est considéré comme un probable « cas psychiatrique ». Un patient nécessite un traitement si la valeur est $\geq 1,75$ pour le diagnostic de dépression majeure. Le score total additionnant les deux parties est fortement corrélé avec la détresse émotionnelle grave du diagnostic non spécifié. De plus, le score de dépression (partie 2) est corrélé avec la dépression majeure telle que définie par le Manuel diagnostique et statistique (DSM-IV-R) de l'American Psychiatric Association (American Psychiatric Association (APA), 2000).
- **Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)** est une échelle composée de 16 items identifiants les symptômes suite à un événement traumatique comme des violences sexuelles ou la torture afin d'évaluer si un trauma est présent. Ce questionnaire a été écrit par Harvard Program in Refugee Trauma (HPRT). Ses items sont dérivés des critères du PTSD dans DSM-III-R/IV (APA, 1987, 1994). C'est un instrument de dépistage simple et fiable, bien accueilli par les patients réfugiés. Les éléments représentent les critères de l'intrusion/reviviscence, l'évitement/l'engourdissement, et les faisceaux de symptômes d'hypervigilance/excitation. Une échelle de Likert sur 4 points est utilisée allant de 1 « pas du tout » à 4 « 5 fois par semaine ou plus /

extrêmement ». Nous évaluons dans quelle mesure chaque symptôme les a dérangés au cours de la semaine écoulée.

- **L'échelle de résilience (CD-RISC)** de Connor et Davidson a été créée en 2003 et a pour objectif de mesurer la résilience chez les individus. Cette échelle comprend 5 dimensions qui impliquent divers facteurs de protection répartis en 25 items. Les dimensions sont les suivantes : **la compétence personnelle** (et la ténacité) (items 10,11,12,16,17,23,24,25), **la tolérance des affects** (en lien avec la confiance en son propre instinct, la tolérance à l'affect négatif et aux affects de stress) (items 6,7,14,15,18,19,20), **l'acceptation du changement** (qui se rapporte à l'acceptation positive du changement et aux relations sécurisantes) (items 1,2,4,5,8), **le sens du contrôle interne** (items 13,21,22) et **la spiritualité** (items 3 et 9). Le mode de réponse est de type Likert à 5 modalités (de 0 : pas du tout à 4 : presque tout le temps). Plus le résultat est élevé, plus la résilience est importante. La moyenne dans la population pour les femmes est de 77,2 (avec ET de 14,2).

Connor et Davidson (2003) ont précisé que les scores du CD-RISC étaient corrélés avec des capacités de résistance ainsi qu'à de faibles niveaux de vulnérabilité au stress perçu qui ainsi, suggèrent une validité adéquate. Les données recueillies montrent que l'échelle peut être administrée auprès de populations ayant des cultures différentes et qu'elle est suffisamment adaptée pour être utilisée dans des études épidémiologiques (ÉVISSA⁶, 2018).

7. PROCÉDURE

L'expérimentateur va à la rencontre du sujet. Un formulaire d'explication et une fiche de consentement lui sont présentés. Le psychologue reprend les points clés pour les expliquer en Swahili ou en Mashi. Une fois l'explication faite, si elle exprime son accord, nous lui demandons de signer la fiche de consentement. Dans le cas où la patiente ne sait pas écrire, le psychologue lui colorie le doigt au stylo afin qu'elle puisse apposer son empreinte sur le formulaire de consentement. Si elle a la moindre question sur l'anonymat des données, nous pouvons lui répondre. Le formulaire d'explication quant à lui est passé en revue ensemble. Le

⁶ L'Équipe Violence Sexuelle et Santé (ÉVISSA), dirigée par Martine Hébert, est un regroupement interdisciplinaire de 12 chercheurs.es provenant de diverses universités québécoises.

psychologue, présent lors de l'entretien avec l'expérimentateur, va alors procéder à la passation des questionnaires, en Swahili ou en Mashi, langues parlées par la plupart des femmes présentes sur place.

De plus lors de l'accueil de la patiente, que nous allons développer plus longuement dans le chapitre 5, sa « maman chérie »⁷ relève les données sociodémographiques (Annexe A) auxquelles nous avons eu accès afin d'apporter des informations plus précises quant aux dossiers des sujets interrogés.

Cette recherche se divise en deux méthodologies, une partie quantitative qui se déroulera en deux temps puis une partie qualitative qui se déroulera en trois temps.

7.1. Partie quantitative

L'étude quantitative se déroule en deux temps. Un premier temps qui correspond au premier entretien psychologique comme étant l'accueil qui est effectué avec le sujet durant lequel nous nous présentons et nous expliquons, lorsqu'il est nécessaire, le rôle du psychologue. En effet, il est souvent nécessaire de questionner la patiente sur sa venue (pourquoi est-elle ici aujourd'hui, si elle sait pourquoi, qui lui a proposé de venir). Nous prenons le temps d'expliquer que par rapport à la croyance du Congo, même si nous sommes deux personnes (le psychologue, l'étudiant chercheur), nous ne faisons qu'un seul et même individu. Puis, nous relevons les demandes du sujet en fonction du vécu expliqué ainsi que ses attentes et sa demande. Lors de cet entretien, il est selon nous primordial de lui expliquer que nous ne sommes pas ici pour la juger et qu'il ne faut pas qu'elle se sente gênée, stressée ou qu'elle présente de la honte. Nous lui rappelons également que si elle ne comprend pas certaines choses, qu'elle se sente à l'aise de nous questionner.

Puis nous effectuons la passation de l'échelle d'anxiété et de dépression (HSCL) et de l'échelle de trauma (HTQ). L'objectif de ces deux questionnaires est de repérer un probable cas psychiatrique ou bien la nécessité d'un traitement, cela dans le but d'une prise en charge adaptée en fonction du sujet. Les deux premiers questionnaires étant conséquents nous avons fait le choix d'effectuer dans un second temps, lors d'un deuxième entretien psychologique la passation de l'échelle de résilience (CD-RISC). Souvent, à la fin de ce deuxième entretien, nous prenons le temps de faire un exercice de relaxation ou de respiration afin que la femme interrogée se sente plus apaisée en repartant. L'objectif de ce troisième questionnaire est de

⁷ La maman chérie qui a le rôle d'une assistance sociale

mettre en lumière quels sont les facteurs que les femmes identifient comme étant des ressources.

7.2. Partie qualitative

L'étude qualitative se déroule en trois temps. Les deux premiers temps sont identiques à l'étude quantitative. Le troisième temps équivalent au troisième entretien psychologique nous permettra d'évaluer divers facteurs de résilience présentés par les patientes et ainsi observer et identifier les méthodes d'entretien psychologique utilisées par le professionnel dans le suivi de la patiente. L'objectif de ce troisième entretien est d'aller plus loin dans la recherche des facteurs que les femmes identifient comme étant des ressources. Nous souhaitons identifier les éléments qu'elles partageront de manière spontanée par rapport aux éléments induits par des questionnements. De manière générale, ce troisième entretien est venu résumer les difficultés et les demandes des femmes puis les ressources dont elles ont usées depuis l'incident jusqu'à aujourd'hui.

Une fois, les questionnaires effectués, l'expérimentateur notera ensuite le numéro d'encodage du dossier. Lorsque la passation est terminée, nous restons à la disponibilité des femmes afin de répondre à leurs questions.

8. LES TYPES DE DONNÉES ET LEUR TRAITEMENT

Ces données seront traitées par SAS 9.4, un logiciel de traitement de données. Les données démographiques nous permettront d'établir des statistiques sur les données anamnestiques des femmes. Ces données seront analysées par SAS 9.4 au moyen de pourcentage afin d'avoir une estimation quantitative. Ces données nous permettront de savoir s'il existe des données récurrentes dans nos passations qui montrent des caractéristiques fréquentes. Les données seront analysées au moyen de diverses analyses comme l'analyse de variance, le T de Student, la régression et la corrélation.

Des données qualitatives seront aussi extraites de la fiche anamnestique au moyen de la partie sur les méthodes de travail du psychologue utilisées pour le suivi de la patiente ainsi que les divers facteurs de résilience évoqués par les sujets. Ces données seront analysées au moyen d'une analyse qualitative. Elles nous permettront de nuancer et d'appuyer tous les aspects et apports possibles sur les différentes données que nous souhaitons analyser dans cette recherche.

III. Résultats

Le seuil de signification utilisé pour l'ensemble des analyses est de 0.05.

1. STATISTIQUES DESCRIPTIVES

1.1. Composition de l'échantillon

Nous avons récolté 30 protocoles, dont 26 ont été complétés par des femmes durant deux entretiens et 4 par des hommes durant trois entretiens. La moyenne d'âge des participantes est de 43.4 ans avec un écart-type de 13.05 (avec un âge minimum de 23 ans et maximum de 70 ans). Nous pouvons nous référer au Tableau 1, en ce qui concerne les moyennes et écart-type des différentes variables étudiées.

Tableau 1 : Moyenne, Ecart-type, Médiane des principales variables

| Variable | Moyenne | Ecart-type | Médiane |
|-----------------------|---------------|--------------|---------------|
| Age | 43.37 | 13.05 | 43 |
| Prise en charge | 229.97 | 291.86 | 120 |
| Stigmatisation | .53 | .51 | 1 |
| Total CD-RISC | 46.20 | 14.67 | 45.50 |
| CP brut / 100 | 14.87 / 46.48 | 4.95 / 15.46 | 16 / 50 |
| TA brut / 100 | 10.67 / 38.09 | 4.69 / 16.77 | 10.50 / 37.50 |
| AC brut / 100 | 10.10 / 50.50 | 3.62 / 18.12 | 10 / 50 |
| SCI brut / 100 | 5.47 / 45.55 | 2.93 / 22.44 | 50 / 5 |
| S brut / 100 | 5.10 / 63.75 | 1.71 / 21.36 | 5 / 62.50 |
| Décès du mari | .40 | .56 | 0 |
| Sous total anxiété | 1.97 | .46 | 1.90 |
| Sous total dépression | 2.15 | .41 | 2.17 |
| Total HSCL | 2.08 | .34 | 2.06 |
| Total HTQ | 2.15 | .49 | 2.16 |

1.2. Données sociodémographiques

Nous pouvons relever quatre religions différentes chez les participantes. Les participantes anglicanes et adventistes représentent chacune 3.3% des participantes totales. 46.7% des participantes sont de confession protestante et 40% catholique. La langue maternelle des participantes est le swahili pour 66.7%, et 33.3% pour le mashi. La majorité des femmes sont cultivatrices. En ce qui concerne le statut marital des participantes, nous en avons identifié 36.7% comme étant mariées, 23.3% comme étant séparées, 36.7% étant veuves et 3.3% étant célibataires. Suite à l'incident, 46.7% des participantes n'ont pas été stigmatisées contre 53.3% qui se disent l'avoir été. De plus, 20% expriment avoir été rejetées par leur mari contre 80% ne l'ayant pas été. Enfin, en ce qui concerne le délai de prise en charge, 66.7% des participantes ont été prises en charge dans une période inférieure à 6 mois après l'incident. 10% des participantes ont été prises en charge entre 6 mois (compris) et 1 an (non compris), puis 23.3% des participantes ont été prises en charge dans un délai supérieur ou égal à 1 an. Les caractéristiques sociodémographiques des participantes sont disponibles à l'Annexe 2.

2. PARTIE QUANTITATIVE

Tout d'abord, la normalité des variables suivantes a été vérifiée : la CD-RISC (Résilience totale), compétences personnelles (CP), tolérance des affects (TA), acceptation au changement (AC) et sens du contrôle interne (SCI). Le test de normalité des 5 variables de résilience suggère que ces variables se distribuent normalement. Les variables mesurant la dépression, l'anxiété et le traumatisme sont également distribuées normalement. Cependant les résultats suggèrent une distribution anormale de la variable spiritualité (S). En regardant visuellement les données, il pourrait s'agir d'un effet plafond qui serait dû au fait que la plupart des femmes ont répondu le score le plus élevé qui est de 7 (Annexe 3).

En observant les résultats, les corrélations des variables (en scores bruts et en pourcentage) les unes avec les autres montrent la validité de cette échelle. Toutes les sous-dimensions semblent mesurer la résilience. Les corrélations entre les sous-dimensions de la résilience sont disponibles dans le Tableau 3. Les résultats sont les mêmes, que les scores soient bruts ou en pourcentage.

Tableau 3 : Analyse corrélacionnelle entre les sous-dimensions de la résilience avec les scores bruts

| | Compétences personnelles | Tolérance des affects | Acceptation au changement | Sens du contrôle interne | Spiritualité |
|---------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------|--------------|
| Compétences personnelles | 1.00 | 0.68 | .50 | .61 | .56 |
| Tolérance des affects | .68 | 1.00 | .44 | .72 | .60 |
| Acceptation au changement | .50 | .44 | 1.00 | .50 | .65 |
| Sens du contrôle interne | .61 | .72 | .50 | 1.00 | .48 |
| Spiritualité | .56 | .60 | .65 | .48 | 1.00 |

2.1. Hypothèses générales

Tout d'abord, les trois premières hypothèses sont centrées sur l'impact de l'âge, de la stigmatisation et de la prise en charge sur le score de résilience totale. Pour tester le lien entre les trois variables indépendantes (âge, prise en charge et stigmatisation) sur la résilience, une analyse de régression multiple a été utilisée. Le modèle explicatif global (comprenant l'âge, la stigmatisation et le délai de prise en charge) sur le total de résilience n'est pas significatif ($F = .12$, $df = 3$, $p = .95$). L'effet principal de chacune des variables sur la résilience n'est pas significatif (âge : $F = .25$, $df = 1$, $p = .96$; stigmatisation : $F = .07$, $df = 1$, $p = .80$; prise en charge : $F = .08$, $df = 1$, $p = .77$).

2.1.1. Hypothèse autour du lien entre l'âge et les sous dimensions de la résilience : spiritualité et compétences personnelles

Hypothèse 1 : Les femmes plus âgées baseront leur résilience sur la spiritualité tandis que les plus jeunes présenteront plutôt une résilience basée sur les compétences personnelles.

Pour répondre à cette première hypothèse, le lien entre les trois variables indépendantes (âge, prise en charge et stigmatisation) sur les sous-dimensions de la résilience a été testé, à l'aide d'une analyse de régression multiple. Le modèle explicatif global (comprenant l'âge, la stigmatisation et le délai de prise en charge) sur la résilience basée sur la spiritualité n'est pas significatif ($F = .40$, $df = 3$, $p = .75$). De plus, l'effet de l'interaction de l'âge sur la résilience basée sur la spiritualité n'est pas significatif ($F = .36$, $df = 1$, $p = .55$). D'autre part, le modèle explicatif global (comprenant l'âge, la stigmatisation et le délai prise en charge) sur la résilience basée sur les compétences personnelles n'est pas significatif ($F = .60$, $df = 3$, $p = .62$). Enfin, l'effet de l'interaction de l'âge sur la résilience basée sur les compétences personnelles n'est pas significatif ($F = 1.33$, $df = 1$, $p = .26$).

Puis, nous avons effectué un T de Student sur échantillons appariés pour voir s'il y a une différence significative entre les sous-dimensions : compétences personnelles et spiritualité. En effet, il existe une différence significative entre les deux groupes ($t(29) = -5.23$, $p < .0001$).

2.1.2. *Hypothèse autour du lien entre le délai de prise en charge et le sens du contrôle interne*

Hypothèse 2 : Plus le délai de prise en charge est élevé et plus nous pensons que les femmes victimes de violences sexuelles présentent plutôt une résilience basée sur le sens du contrôle interne.

Pour répondre à cette deuxième hypothèse, le lien entre les trois variables indépendantes (âge, prise en charge et stigmatisation) sur les sous-dimensions de la résilience a été testé, à l'aide d'une analyse de régression multiple. Le modèle explicatif global (comprenant l'âge, la stigmatisation et le délai de prise en charge) sur la résilience basée sur le sens du contrôle interne n'est pas significatif ($F = .32, df = 3, p = .81$). De plus, l'effet d'interaction du délai de prise en charge sur la résilience basée sur le sens du contrôle interne n'est pas significatif ($F = .43, df = 1, p = .52$).

2.1.3. *Hypothèse autour du lien entre stigmatisation et la tolérance aux affects*

Hypothèse 3 : Plus les femmes victimes de violences sexuelles sont stigmatisées plus elles présentent une résilience basée sur la tolérance des affects.

Pour répondre à cette troisième hypothèse, le lien entre les trois variables indépendantes (âge, prise en charge et stigmatisation) sur les sous-dimensions de la résilience a été testé, à l'aide d'une analyse de régression multiple. Le modèle explicatif global (comprenant l'âge, la stigmatisation et le délai de prise en charge) sur la résilience basée sur la tolérance des affects n'est pas significatif ($F = .34, df = 3, p = .79$). De plus, l'effet d'interaction de la stigmatisation sur la résilience basée sur la tolérance des affects n'est pas significatif ($F = .24, df = 1, p = .63$).

D'autre part, nous relevons une différence significative entre les cinq sous dimensions de la résilience ($F = 15.61, df = 4, p = <.0001$). De plus, l'effet d'interaction entre les sous-dimensions et la stigmatisation est proche du seuil de significativité ($F = 2.19, df = 4, p = .07$).

2.2. Hypothèses spécifiques à l'anxiété et la dépression

Tout d'abord, pour répondre aux deux hypothèses, nous avons observé que le modèle explicatif global (comprenant âge, stigmatisation et délai de prise en charge) sur la résilience n'est pas significatif ($F = .12$, $df = 3$, $p = .95$). L'effet d'interaction de la stigmatisation sur le score de résilience n'est pas significatif ($F = .07$, $df = 1$, $p = .80$). Le modèle explicatif n'explique que 1.3% de la variance de la variable dépendante.

Ni le modèle global, ni l'effet d'interaction de la stigmatisation sur le score de chacune des sous dimensions de la résilience (compétences personnelles, de tolérance des affects, d'acceptation au changement, du sens du contrôle interne, de la spiritualité) n'est significatif. Voici dans le tableau 4, les différents résultats de non significativité.

Tableau 4 : Effet d'interaction de la stigmatisation sur les sous-dimensions de la résilience

| Variabiles | Modèle global | Stigmatisation |
|-----------------------------|-------------------|---------------------|
| Compétence personnelles | $F=.60$, $p=.62$ | $F=.99$, $p=.33$ |
| Tolérance aux affects | $F=.34$, $p=.79$ | $F=.24$, $p=.63$ |
| Acceptation aux changements | $F=.85$, $p=.48$ | $F= 1.13$, $p=.30$ |
| Sens du contrôle interne | $F=.32$, $p=.81$ | $F=.61$, $p=.44$ |
| Spiritualité | $F=.40$, $p=.75$ | $F= 1.11$, $p=.30$ |

2.2.1. Hypothèse autour de l'impact du rejet du mari sur le taux d'anxiété et ainsi l'influence de la stigmatisation sur la résilience

Hypothèse 4 : Plus les femmes victimes de violences sexuelles sont rejetées par leur mari après l'incident, plus elles présentent un haut taux d'anxiété ce qui augmente la stigmatisation et ainsi influence négativement la mise en place de mécanisme de résilience efficace.

En ce qui concerne cette quatrième hypothèse, un T de student pour échantillons indépendants a été effectué. Une égalité des variances en ressort. Il y a une différence significative entre les moyennes du groupe des femmes qui n'ont pas été rejetées par leur mari et le groupe des femmes qui ont été rejetées par leur mari au niveau du score d'anxiété ($t(28) = -2.10$, $p = .05$). Nous devons toutefois rester prudents au vu de notre faible échantillon. Plus

précisément, les sujets qui ont été rejeté par leur mari présentent une plus forte anxiété par rapport aux sujets non rejetés (moyrej⁸ = 2.3 > moynrej⁹ = 1.89). En ce qui concerne la dépression et le trauma, il n'y a pas de différence significative entre les sujets rejetés par leur mari et les sujets non rejetés (Trauma : $t(28)=.18, p =.86$; Dépression : $t(28)=-0.34, p =.73$).

De plus, un test non paramétrique, celui de Wilcoxon pour échantillons indépendants a été réalisé. Il y a quasiment une différence significative entre les sujets rejetés par leur mari et les sujets non rejetés par rapport au taux d'anxiété ($S = 131, T =.06$). En ce qui concerne la dépression et le trauma, il n'y a pas de différence significative entre les sujet rejetés par leur mari et les sujets non rejetés (Trauma : $S = 88.5, T =.84$; Dépression : $S = 101.5, T =.68$).

En ce qui concerne la résilience, lorsqu'un T de student est effectué, il n'y a pas de différence significative entre les sujets rejetés et les sujets non rejetés par leur mari au niveau des sous-dimensions de la résilience (cp¹⁰ : $t(28) =1.33, p =.20$; ta¹¹ : $t(28) =1.60, p =.12$; ac¹² : $t(28) =.57, p =.57$; sci¹³ : $t(28) =1.56, p =.13$; spiri¹⁴ : $t(28) =1.24, p =.23$). Puis, un test non paramétrique de Wilcoxon pour échantillons indépendants a été effectué et aucune différence significative entre les moyennes du groupe 'rejet' et du groupe 'non rejet' sur le score de chacune des sous dimensions de la résilience (cp : $S^{15} = 72, T =.29$; ta : $S =63 ; T =.14$; ac : $S =84, T = 0.66$; sci : $S =62, T =.12$; s : $S =71, T = .26$).

2.2.2. *Hypothèse autour de l'impact du décès du mari sur le taux de dépression et ainsi l'influence de la stigmatisation sur la résilience*

Hypothèse 5 : Plus les femmes victimes de violences sexuelles ont perdu leur mari, plus elles présentent un haut taux de dépression ce qui augmente la stigmatisation et ainsi influence négativement la mise en place de mécanisme de résilience efficace.

⁸ Moyenne des femmes rejetées par leur mari

⁹ Moyenne des femmes non rejetées par leur mari

¹⁰ Compétences personnelles

¹¹ Tolérances aux affects

¹² Acceptation aux changements

¹³ Sens sur contrôle interne

¹⁴ Spiritualité

¹⁵ Statistique S

En ce qui concerne notre cinquième hypothèse, une analyse de variance a été effectuée. Tout d’abord, il n’y a pas de différence significative lorsque le sujet a perdu son mari ou lorsqu’il est encore vivant, vis-à-vis du score de dépression ($F = 2.22, df = 2, p = .13$). Il n’y a pas de différence significative lorsque le sujet a perdu son mari ou lorsqu’il est encore vivant, vis-à-vis du score de trauma ($F = .60, df = 2, p = .55$).

De plus pour appuyer ces résultats, il a été relevé qu’il n’y a pas de différence significative entre les moyennes des trois groupes (0 = pas de décès, 1 = décès d’un mari, 2 = décès de deux maris) sur le score de dépression (*Chi square* = 2.99, $df = 2, p = .22$). C’est également le cas sur le score trauma et d’anxiété (Trauma : *Chi square* = 1.2085, $df = 2, p = .55$; Anxiété : *Chi square* = 4.07, $df = 2, p = .13$).

Lorsque l’on s’intéresse aux deux groupes (0 vs 1), le constat est tel qu’il n’y a pas de différence significative entre les moyennes de ces deux groupes sur le score de dépression ($t(27) = -0.52, p = .61$). Nous ne relevons également aucune différence significatives entre les moyennes de ces deux groupes sur le score d’anxiété et de trauma (Anxiété : $t(27) = 1.27, p = .21$; Trauma : $t(27) = -0.05, p = .96$).

D’autre part, à l’aide du test d’analyse de variance, il est possible de voir qu’il n’existe pas de différence significative entre les deux groupes (0 vs 1) sur le score de chacune des sous-dimensions de la résilience.

Tableau 5 : Différence entre les deux groupes (0 vs 1) en lien avec le décès du mari sur les sous dimensions de la résilience

| Variables | Décès du mari |
|-----------------------------|--------------------|
| Compétence personnelles | $F = .03, p = .97$ |
| Tolérance aux affects | $F = .01, p = .99$ |
| Acceptation aux changements | $F = .57, p = .57$ |
| Sens du contrôle interne | $F = .45, p = .64$ |
| Spiritualité | $F = .63, p = .54$ |

D'autres tests comme le test de Kruskal – Wallis nous montre également qu'il n'y a pas de différence significative entre les moyennes des différents groupes (décès ou non) sur le score de chacune des sous-dimensions de la résilience.

Tableau 6 : Différence entre les deux groupes (0 vs 1) en lien avec le décès du mari sur les sous dimensions de la résilience

| Variabes | Décès du mari |
|-----------------------------|--------------------------|
| Compétence personnelles | Chi square =.01, p=.99 |
| Tolérance aux affects | Chi square =.02, p=.99 |
| Acceptation aux changements | Chi square =.92, p=.63 |
| Sens du contrôle interne | Chi square = 1.12, p=.57 |
| Spiritualité | Chi square = 1.54, p=.46 |

2.3. Analyses complémentaires

2.3.1. Décès du mari & anxiété

D'après les résultats précédents, il n'y a pas de différence significative entre les moyennes des sujets qui ont un mari décédé et les sujets qui n'ont pas perdu leur mari, aux scores de dépression et de trauma. Toutefois, c'est le cas pour le score d'anxiété. Il y a une différence significative entre les sujets qui ont un mari décédé et ceux qui n'ont pas perdu leur mari en terme d'anxiété ($F = 3.31, df = 2, p = .05$).

2.3.2. Religion & dépression

Il n'existe aucune différence significative entre les moyennes des différents groupes sur le score d'anxiété ($F = 1.20, df = 3, p = .33$), de dépression ($F = 2.36, df = 3, p = .10$), de dépression et d'anxiété (HSCL) ($F = 1.85, df = 3, p = .17$) ou encore de traumatisme (HTQ) ($F = 2.01, df = 3, p = .14$). De plus, il n'y a pas de différence significative entre les moyennes de différents groupes (adventiste, protestante, anglicane, catholique) sur le score d'anxiété ($Chi\ square = 3.51, df = 3, p = .32$), de dépression ($Chi\ square = 5.90, df = 3, p = .12$), d'anxiété et de dépression (HSCL) ($Chi\ square = 4.75, df = 3, p = .19$) ou encore de traumatisme (HTQ) ($Chi\ square = 5.04, df = 3, p = .17$).

Cependant, lorsqu'un T de Student est effectué entre les sujets catholiques et les sujets protestants, l'égalité des variances est relevée et ainsi ($t(24) = -2.18, p = .04$) une différence significative entre les catholiques et les protestants au niveau du taux de dépression est observée. Plus spécifiquement, il est observé que les sujets de religion protestante ont un niveau de dépression significativement plus élevé que les sujets de religion catholique ($Moyp^{16} = 2.32$; $Moyc^{17} = 1.99$). En ce qui concerne l'anxiété ($t(19.79) = -0.19, p = .85$) et le trauma ($t(24) = -1.50, p = 0.15$), aucune différence n'apparaît.

2.3.3. Statut maritale & résilience

Tout d'abord, d'après le test de Kruskal et Wallis, il n'y a pas de différence significative entre les moyennes des différents groupes (mariée, séparée, veuve, célibataire) sur le score de chacune des sous dimensions de la résilience (cp : $Chi\ square = 1.89, df = 3, p = .59$; ta : $Chi\ square = 3.75, df = 3, p = .29$; ac : $Chi\ square = 2.91, df = 3, p = .41$; s : $Chi\ square = 2.65, df = 3, p = .45$). Toutefois, en ce qui concerne le sens du contrôle interne nous observons un score très proche du seuil de significativité (sci : $Chi\ square = 6.87, df = 3, p = .08$).

De plus, un T de Student a été effectué pour voir la différence entre les sujets séparés et les sujets mariés par rapport aux sous dimensions de la résilience. En ce qui concerne les compétences personnelles ($t(16) = 1.40, p = .18$), l'acceptation au changement ($t(16) = -0.14, p = .90$) et la spiritualité ($t(16) = 0.85, p = .41$), il n'y a pas de différence significative entre les sujets mariés et les sujets séparés. Par contre, en ce qui concerne la tolérance des affects ($t(16) = 1.95, p = .07$) il existe quasiment une différence puisque le score est très proche du seuil de significativité. Enfin, il y a une différence significative entre les sujets mariés et les sujets séparés au niveau du sens du contrôle interne ($t(16) = 2.35, p = .03$). Plus précisément, nous pouvons dire que les sujets mariés ($Moy^{18} = 59.08$) ont plus tendance à utiliser la résilience basée sur le sens du contrôle interne par rapport aux sujets séparés ($Moy = 32.94$).

¹⁶ Moyenne des sujets protestants

¹⁷ Moyenne des sujets catholiques

¹⁸ Moyenne

2.3.4. *Age & stigmatisation*

Aucun lien n'est fait entre âge et délai de prise en charge ou encore entre délai de prise en charge et stigmatisation. Cependant, il existe un lien entre âge et stigmatisation. Le modèle est significatif. Le Test de Student donne la même information que précédemment mais il expose qu'il y a une différence d'âge significative entre celles qui sont stigmatisées et celles qui n'ont pas été stigmatisées. En moyenne, celles qui ne sont pas stigmatisées ont 48,71 ans et en moyenne celles qui sont stigmatisées ont 38,68 ans.

3. PARTIE QUALITATIVE

Les résultats statistiques exposés ci-dessus ont permis de mettre en évidence certains éléments relatifs aux capacités de résilience des femmes victimes de violences sexuelles. Cependant, après avoir parlé avec toutes ces femmes, nous avons pris conscience de la complexité de chaque situation et du fait que les statistiques masquent de nombreuses données. En effet, les variables sélectionnées pour notre étude étaient effectivement pertinentes, cependant, beaucoup d'autres facteurs ressortent lorsque l'on s'intéresse aux discours des participantes. Les données extraites des entretiens de 4 femmes sont présentées. Les quatre patientes ont été reçues par le même psychologue qui était un psychologue masculin.

Nous avons donc décidé de dédier cette partie du travail à une brève analyse qualitative des données recueillies. Cependant, précisons que nous ne prétendons en aucun cas effectuer une analyse poussée, nous espérons simplement pouvoir donner quelques pistes de réflexion pour des recherches futures mais aussi pour les professionnels travaillant dans le domaine de la résilience.

Parmi les récits des participantes, nous avons, notamment, pu mettre en évidence ce qui les a rassurées au moment de leur passage à Panzi et, au contraire, ce qui a renforcé leur stress et leur souffrance. Parmi les éléments qui rassurent, beaucoup de femmes ont mentionné l'encadrement professionnel du lieu et tout particulièrement le rôle de sauveur que prend le Dr Mukwege à leurs yeux. De plus, le soutien social, à travers la communauté et les affinités que chacune d'entre elles ont créées en étant à Panzi restent primordiales. Elles attirent notre attention sur le suivi psychologique qui est d'un grand soutien. Il nous semble

important d'attirer l'attention des professionnels de la santé sur ces remarques car ce sont des aspects de la relation soignant-soigné auxquels il faut rester attentif, malgré les efforts et les changements considérables déjà réalisés à ce sujet.

Pour ces femmes, nous avons pu remarquer que l'hôpital de Panzi était associé à la guérison plutôt qu'à la maladie. Cela suggère qu'à l'avenir, il serait intéressant d'évaluer ce que les femmes associent au milieu hospitalier et si cette image de l'hôpital joue un rôle dans le processus de résilience.

3.1.Hypothèses générales

3.1.1. *Hypothèse autour du lien entre l'âge et les sous dimensions de la résilience : spiritualité et compétences personnelles*

Hypothèse 1 : Les femmes plus âgées baseront leur résilience sur la spiritualité tandis que les plus jeunes présenteront plutôt une résilience basée sur les compétences personnelles.

La spiritualité est évoquée dans les entretiens mais on repère un cas sur quatre dans le contexte où cela n'est pas évoqué de manière spontanée. Les quatre femmes ayant 23, 26, 35 et 36 ans. Ces informations ne nous permettent pas d'avoir des données qualitatives qui montrent que les femmes plus âgées basent plutôt leur résilience sur la spiritualité. Ces données vont dans le même sens que les résultats présentés précédemment.

Une femme sur 4 a évoqué ses compétences personnelles comme première ressource, évoquée de manière spontanée. Suite au questionnement du psychologue, deux femmes parmi les 4 ont cité comme première ressource, leurs propres compétences personnelles. Les femmes qui évoquent leurs compétences personnelles, que ce soit de manière spontanée ou à l'aide du questionnement du psychologue, sont les femmes ayant 35 et 36 ans ce qui ne va pas dans le sens de notre première hypothèse sur l'échantillon de ces quatre femmes.

3.1.2. *Hypothèse autour du lien entre le délai de prise en charge et le sens du contrôle interne*

Hypothèse 2 : Plus le délai de prise en charge est élevé et plus nous pensons que les femmes victimes de violences sexuelles présentent plutôt une résilience basée sur le sens du contrôle interne.

Nous pouvons observer que l'une des quatre a été rejetée par son mari et s'est rendue à Panzi après un long délai (1 an et 7 mois) suite à l'incident, par rapport aux autres qui n'ont pas été rejetée par leur mari et qui sont venues dans un délai inférieur à 5 mois.

3.1.3. *Hypothèse autour du lien entre stigmatisation et tolérance des affects*

Hypothèse 3 : Plus les femmes victimes de violences sexuelles sont stigmatisées plus elles présentent une résilience basée sur la tolérance des affects.

L'une des patientes a connu le décès de 5 de ses enfants ajouté à un avortement. Nous pouvons voir que par rapport aux quatre autres femmes, elle a de manière générale des scores moins élevés en termes d'anxiété, de dépression et de trauma. Nous pouvons nous demander si ayant déjà vécu plus d'éléments possiblement traumatisants auparavant, elle serait plus résiliente grâce à ses expériences passées et donc plus tolérante aux affects ? Elle a un score de résilience de 64,3% qui est le deuxième score le plus élevé parmi l'échantillon des quatre femmes.

En ce qui concerne les hypothèses spécifiques à l'anxiété et la dépression, nous n'avons que peu d'éléments qualitatifs. Nous les avons regroupés dans la partie qui suit, appelée « données complémentaires ».

3.2. Données complémentaires

Des données qualitatives complémentaires ont été transmises par les quatre patientes. Une femme sur quatre était seule pendant l'incident et n'a pas été stigmatisée contrairement aux trois autres femmes qui se trouvaient en groupe au moment de l'incident et qui ont été fortement stigmatisées. La femme qui était seule était enceinte et présente le taux le plus important d'anxiété et de trauma par rapport aux quatre autres femmes.

Nous avons relevé que les motifs de consultation sont différents selon les femmes. En effet, les deux premières patientes présentent des demandes (peur de perdre le bébé, inquiétudes, peur de ne pas retrouver du travail à cause de son problème de crâne) qui sont de nature moins médicales. Mais elles peuvent générer plus d'anxiété, puisque ce ne sont pas forcément des demandes qui peuvent être prise en charge médicalement parlant. Les deux autres, par contre ont des problématiques gynécologiques qui requièrent pour elles des soins médicaux. On peut relever que les deux premières patientes ont un score de résilience plus faible, de 33 et 59 contre 64 et 75, par rapport aux deux autres. C'est également le cas pour le score de trauma et le score d'anxiété/dépression (HSCL).

3.2.1. *Les enfants, le mari & l'entourage*

Deux femmes parmi les 4 ont cité leurs enfants comme première ressource évoquée de manière spontanée. En effet, il faut savoir que la culture en RDC expose le fait qu'avoir des enfants est une grande richesse. De manière plus générale, 3 femmes sur 4 ont évoqué leurs enfants comme étant une ressource. L'une d'entre elle précise que les enfants peuvent faire partie des ressources tout comme des difficultés rencontrées puisqu'elle est inquiète pour ses enfants durant son séjour. En effet, 2 femmes sur 4 vivent la séparation avec leurs enfants comme une souffrance. Les sachant seuls ou accompagnés de voisins, elles espèrent au plus vite les rejoindre. Une des quatre femmes est enceinte et nous explique que sa grossesse est une ressource pour elle, mais qu'elle a ressenti une grande peur après l'incident puisqu'elle pensait qu'elle avait peut-être perdu son bébé.

Une femme sur 4 considère son mari comme étant une personne ressource puisqu'il a autorité et lui a donné de l'argent pour rejoindre le centre de santé le plus proche. Il faut savoir que parmi ces femmes, 3 d'entre elles disent ne pas pouvoir compter sur leur mari. En

effet, l'un s'occupe des bêtes dans un village loin de leur habitat, un autre a abandonné sa femme, et le dernier ne travaille pas et consomme beaucoup d'alcool. L'une d'elle nous explique qu'elle est beaucoup soutenue par la première femme de son mari.

De manière générale, deux femmes sur quatre considèrent la famille de leur mari ou leur propre famille comme étant une ressource. Nous devons prendre en compte dans cette analyse que beaucoup de femmes n'ont plus de parent, de frère et de sœur.

3.2.2. Problématiques médicales

En ce qui concerne les peurs et les souffrances de ces femmes, on relève que deux femmes sur quatre ont des problèmes de sommeil. De plus à son arrivée, une femme sur quatre explique qu'elle a peur d'avoir attrapé une maladie sexuellement transmissible (MST) comme le VIH. Deux femmes sur quatre citent leurs problématiques gynécologiques comme étant des souffrances depuis l'incident. D'autre part, l'une d'entre elles évoque le manque d'examens et la différence de traitement vis-à-vis des autres. S'il est donné à l'une des femmes un ovule, les autres femmes ont tendance à croire qu'elles devraient toute avoir un ovule comme traitement. Dans ce cas une psychoéducation sur la possibilité de divers traitement doit être expliquée afin d'apaiser et de rassurer la patiente.

Pour les quatre patientes, nous pouvons relever que le psychologue utilise l'humour durant les premiers entretiens. Cela fait partie des outils qu'il utilise pour créer un lien thérapeutique avec ses patientes. Je relève que ceci permet aux femmes de se détendre et d'être moins dans cette impression de devoir bien répondre à tout prix lors des questionnaires. D'autre part, souvent les patientes ne souhaitent pas rester trop longtemps car elles sont inquiètes pour leurs enfants, le but étant de leur rappeler (psychoéducation) qu'une maman doit être en bonne santé et aller mieux pour pouvoir bien s'occuper de ses enfants.

Pour conclure, nous relevons que ce sont des femmes qui ont de grandes responsabilités dans leur vie quotidienne et possèdent de nombreuses capacités et ressources malgré de grandes souffrances.

IV. Discussion

Il a été montré des résultats qu'il est intéressant de mettre en lien avec les hypothèses et de savoir si les résultats de l'étude vont en adéquation avec la littérature sur le sujet.

La littérature a permis de montrer que les violences sexuelles en temps de guerre et dans une culture africaine ont des effets sur les mécanismes de résilience des femmes en République Démocratique du Congo.

Notre étude avait pour objectif de montrer quelle est l'influence de la stigmatisation sur la résilience selon le niveau d'anxiété et de dépression des femmes victimes de violences sexuelles en République Démocratique du Congo.

Chapitre 1 : Résumé et analyse des résultats

Nous rappelons que notre objectif est de voir s'il existe une influence de la stigmatisation sur la résilience, selon le niveau d'anxiété et de dépression, des femmes victimes de violences sexuelles en RDC. Les résultats ont mis la lumière sur plusieurs particularités de notre questionnement liées au contexte sur lequel nous nous sommes concentrés.

Notre **première hypothèse** s'appuie sur le fait que les femmes âgées basent leur résilience sur la spiritualité tandis que les femmes les plus jeunes présentent plutôt une résilience basée sur les compétences personnelles. Tout d'abord, nous pouvons dire que l'âge, la stigmatisation et la prise en charge n'ont pas d'impact sur le processus de résilience de manière générale. De plus, l'âge ne prédit pas le processus de résilience basée ni sur les compétences personnelles ni sur la spiritualité. Dans la littérature, différents articles montraient que les personnes âgées seraient plus enclines à se tourner vers la religion. Cependant, une expérience effectuée par Ricardo J., Barbaszynski, J., Ane T., Ait Mohammed Y., et Camara H. de l'université de Paris Descartes (2017) a montré le contraire. Les jeunes seraient beaucoup plus investis dans les pratiques et croyances religieuses que leurs aînés. Pour 43% des chrétiens, et 71% pour les autres religions, la spiritualité est essentielle pour réussir sa vie personnelle (Saint-Germès, 2016). Cyrulnik (2017), explique que l'âge a une influence sur le processus de résilience au moment du traumatisme. Pour conclure, de nombreux résultats s'opposent sur le lien entre l'âge et la résilience. On peut donc en déduire que c'est la situation stable et respectée par la communauté des femmes plus âgées (situation professionnelle, maritale, familiale) qui les exemptent de stigmatisation. Les femmes plus jeunes, ne disposant pas de cette stabilité chère aux croyances communautaires sont donc plus stigmatisées. Ainsi, on peut supposer que ce sont des femmes qui baseront plus leur résilience sur leurs compétences personnelles et non sur le soutien communautaire.

Les résultats nous montrent que l'âge ne prédit pas le processus de résilience basé sur la spiritualité. Cependant, dans la littérature, on voit bien que les jeunes ont plus tendance à s'investir dans la religion. Ainsi, on peut supposer qu'une femme jeune, (en moyenne plus stigmatisée qu'une femme plus âgée) aura plutôt tendance à utiliser la religion/spiritualité comme aide à la résilience, n'ayant pas le soutien de la communauté. D'autre part, les résultats

montrent un lien entre religion et dépression mais mettent également en lumière une différence du taux de dépression selon la confession de la femme. En effet, les sujets protestants ont un niveau de dépression significativement plus élevé que les sujets catholiques. On peut supposer que l'on obtient ces résultats compte tenu de la représentation de la branche catholique en RDC. En effet, le catholicisme étant plus présent, on peut penser que la communauté autour du sujet est plus importante, moins stigmatisante et d'un meilleur soutien que la communauté protestante.

Notre **deuxième hypothèse** se base sur le fait que plus le délai de prise en charge est élevé et plus nous pensons que les femmes victimes de violences sexuelles présentent plutôt une résilience basée sur le sens du contrôle interne. Le délai de prise en charge ne prédit pas une résilience basée sur le sens du contrôle interne. Lorsqu'un viol survient, on parle d'urgence en terme de prise en charge. Des séquelles importantes peuvent être évitées si la victime est prise en charge dans les 72 heures qui suivent. Au niveau médical il sera alors possible d'administrer un traitement pour éviter le VIH. En effet, si la victime est prise en charge dans un moindre délai elle aura plutôt tendance à entrer dans un processus de résilience, surtout si elle ne présente aucune infection suite à cette prise en charge. Les conséquences suite à la variation du délai de prise en charge peuvent être d'une grande ampleur (Médecins sans frontière, 2020). Les résultats n'étant pas tous significatifs au regard du faible échantillon d'étude, il est intéressant de se baser plutôt sur la littérature qui elle, valide l'hypothèse. Ainsi, on peut comprendre que plus le délai de prise en charge est long, plus les femmes sont susceptibles d'être victime de stigmatisation. Ainsi, on peut supposer que la résilience basée sur le sens du contrôle interne est moins représentée chez les femmes livrées à elles-mêmes pendant trop longtemps.

Notre **troisième hypothèse** se base sur le fait que plus les femmes victimes de violences sexuelles sont stigmatisées plus elles présentent une résilience basée sur la tolérance des affects. La stigmatisation ne prédit pas le processus de résilience basé sur la tolérance des affects. Toutefois, l'interaction entre les sous-dimensions de la résilience et la stigmatisation est quasi présente. Notre troisième hypothèse n'est pas confirmée malgré les informations que l'on peut trouver dans la littérature comme l'intervention de Dericquebourg (1989) qui explique qu'une victime devra faire ses propres apprentissages au niveau de ses réactions affectives suite à la stigmatisation qu'elle vit. Elle devra accepter la différence. Ainsi, on peut penser qu'une femme, selon le délai de prise en charge, sera dans l'obligation de gérer ses

affects pour continuer à vivre, et ce, quel que soit le niveau de stigmatisation dont elle est victime.

Notre **quatrième hypothèse** se base sur le fait que plus les femmes victimes de violences sexuelles sont rejetées par leur mari après l'incident, plus elles présentent un haut taux d'anxiété ce qui augmente la stigmatisation et ainsi influence négativement la mise en place de mécanisme de résilience efficace. En effet, il y a une différence entre les femmes qui sont rejetées par leur mari et les femmes qui ne le sont pas, sur l'anxiété. Les femmes victimes de violences sexuelles ont plus tendance à présenter un haut taux d'anxiété lorsqu'elles sont rejetées par leur mari que lorsqu'elles ne le sont pas. Plus précisément, nous pouvons dire que les femmes qui ont été rejetées par leur mari présentent une plus forte anxiété par rapport aux sujets non rejetés. La littérature montre également que l'entourage peut rejeter et stigmatiser la victime et ainsi susciter chez les victimes de nombreuses angoisses. Cette réaction de la part du mari n'ira pas dans le sens d'un engagement pérenne du processus de résilience (Oswald, 2020). Le rejet du mari peut faire parti des causes de l'anxiété de la victime. Les résultats montrent qu'il y a une différence entre les femmes rejetées par leur mari (20%), qui présentent un plus fort taux d'anxiété, et les femmes qui ne le sont pas (80%). Le mari, en rejetant sa femme, exerce sur elle une forte stigmatisation, ce qui influe sur son niveau d'anxiété et donc sa capacité à être résiliente.

Notre **cinquième hypothèse** se base sur le fait que plus les femmes victimes de violences sexuelles ont perdu leur mari, plus elles présentent un haut taux de dépression ce qui augmente la stigmatisation et ainsi influence négativement la mise en place de mécanisme de résilience efficace. Il n'y a pas de différence entre les femmes victimes de violences sexuelles qui ont perdu leur mari et les femmes qui n'ont pas perdu leur mari, sur la dépression. D'autre part, il n'existe pas de lien entre le décès du mari et le processus de résilience, ainsi que les sous-dimensions de la résilience. Enfin, la stigmatisation ne prédit pas la résilience de manière générale. Les femmes ayant une faible estime d'elles-mêmes sont plus susceptibles de développer une dépression suite à la perte ou au départ délibéré de son conjoint. Par la suite, elle peut développer une dépression qui a de considérables répercussions sur le bien-être physique et mental, comme la stigmatisation. Ainsi, trop souvent, l'individu stigmatisé est découragé à l'idée de demander de l'aide ce qui est un frein à la possible mise en place de mécanisme de résilience (Fondation Bayshore, 2020). La

littérature appuie notre hypothèse, cependant les résultats vont à l'encontre de ces informations.

Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence de niveau de dépression entre les femmes ayant perdu leur mari et les femmes ayant toujours leur mari. Cependant, ils révèlent que la perte du mari influe sur le niveau d'anxiété. En effet, une femme ayant toujours son mari peut trouver un soutien auprès de ce dernier et n'est pas seule face à la communauté et au traumatisme. Une femme seule devra, en plus du traumatisme d'avoir perdu son mari (dans le cas d'une mort pendant ou après les violences sexuelles), gérer seule le traumatisme des violences sans l'aide de la communauté.

Il en va de même pour les femmes séparées de leur mari. En effet, une femme mariée a le soutien de sa communauté, est reconnue comme femme, mère, épouse, a un rôle et des responsabilités auprès de sa famille et de cette communauté. Elle aura ainsi plus tendance à utiliser la résilience basée sur le sens du contrôle interne car elle devra continuer à maintenir et gérer sa famille. A l'inverse, une femme séparée n'est plus reconnue par sa communauté, est stigmatisée et ne peut s'appuyer sur cette dernière et sur son rôle d'épouse pour être résiliente.

La grande variété des données nous a permis de répondre à nos hypothèses, et de plus à envisager d'autres recherches en lien avec d'autres variables.

Des recherches supplémentaires permettraient d'approfondir les résultats significatifs que nous avons mis en évidence au travers de ce mémoire. Nous allons à présent discuter des résultats en commençant par analyser les hypothèses principales, puis chacune des hypothèses secondaires.

Chapitre 2 : Limites et intérêts de cette recherche

Malgré les résultats rencontrés, cette étude a montré des limites qui mériteraient d'être revues pour mesurer des résultats plus significatifs.

2.1. Inadaptation des questionnaires

Les questionnaires sont des questionnaires qui ont été validés dans une population occidentale. Cependant, l'étude a été réalisée dans un pays à la culture africaine. C'est en cela qu'il peut exister des erreurs de compréhension et de validité dans ces questionnaires. Par exemple, dans l'Échelle de Résilience de Connor et Davidson (CD-RISC), à l'item 22 « je sens que je maîtrise ma vie », la plupart des femmes ont eu du mal à répondre et avaient tendance à dire que ça ne dépendait pas d'elles mais de Dieu. Il manque une validité de ces questionnaires dans une culture africaine. Il faudrait que les différents questionnaires qui existent soient validés dans une étude à part entière. La population africaine possède une culture sigulière qui englobe des codes sociaux différents, par exemple dans le ressenti des émotions comme la honte qui peut avoir plus d'impact chez eux qu'au sein de notre société. D'autre part, le cadre que nous souhaitons voir apparaître en Afrique n'est pas adapté. C'est le cas avec la présentation d'une lettre d'information et d'un formulaire de consentement. Il serait intéressant de pouvoir produire des documents plus synthétiques et au plus proche de la réalité de terrain. Par exemple, lui remettre la lettre d'information n'a aucun sens puisque la plupart des femmes rencontrées ne savent ni lire ni écrire. Les explications verbales sont plus adaptées.

2.2. Données sociodémographiques

La majorité des données sociodémographiques a été relevée par de simples questions durant le premier entretien avec la Maman chérie. Par exemple, « avez-vous été stigmatisé ? ». Dans ce cas, la réponse des femmes relève de leur propre jugement quant à la stigmatisation. Dans le futur il serait intéressant de pouvoir effectuer un questionnaire de données sociodémographiques que les femmes pourraient agréer de leur vécu et de leur expérience vécue.

2.3. Diversité de l'expérimentateur

Une autre limite a été la barrière de la langue qui a pu avoir un impact sur la bonne compréhension des items des différentes échelles. Les femmes ont été suivies par différents psychologues. Il aurait été intéressant, qu'un seul psychologue fasse passer tous les questionnaires car chacun a sa propre compréhension des questions et du vocabulaire, même si les questionnaires ont été traduits en swahili au préalable. Il a pu donc exister un biais dans la traduction de ce questionnaire. En effet, nous avons pu relever des erreurs de traduction qui changeaient la compréhension de l'item en apprenant quelques mots en swahili. Par exemple, dans l'Échelle de Résilience de Connor et Davidson (CD-RISC) à l'item 23 « J'aime les défis », la majorité des psychologues avaient tendance à traduire le mot « défis » comme « obstacles » ce qui modifie le sens de l'item et ainsi la validité de la passation de l'échelle.

2.4. Faible échantillon

Le nombre de participantes reste un problème dans notre étude puisque nous avons eu un nombre de 30 femmes seulement, ce qui reste peu représentatif pour une étude quantitative. Il aurait été intéressant de faire un test de puissance pour savoir combien de sujets il aurait fallu pour vérifier les résultats. Un nombre de résultats plus grand nous aurait amené à des résultats plus fiables et ainsi à une confirmation des hypothèses avec une plus grande certitude.

2.5. Facteurs extérieurs

Des facteurs extérieurs, comme la pauvreté, peuvent avoir un impact sur le suivi et la prise en charge des patientes au sein de l'hôpital. En effet, certaines patientes souhaitent parfois se faire soigner et évoquent des violences sexuelles afin de pouvoir vérifier si elles n'ont pas été touchées par des maladies sexuellement transmissibles. Cela peut amener un biais dans notre étude. Cependant, il serait compliqué de pouvoir modifier cet élan de demande d'aide médicale.

2.6. Contraintes

En lien avec les contraintes de temps, les femmes ont été vues, peu importe le délai entre l'incident et la prise en charge. La variété du délai d'incident peut amener des différences dans les réponses aux questionnaires. Nous avons pu prendre en compte cette variable mais cela reste fragile. Le fait d'avoir des observations à des temps différents peut constituer un biais dans l'évolution des résultats. Il aurait été intéressant dans l'étude de ne s'intéresser qu'à un délai d'incident défini ou avoir assez de participants pour chaque intervalle de délai mais il aurait fallu alors un échantillon plus grand.

Chapitre 3 : Implications cliniques et perspectives futures

Malgré des limites qui ont peut-être pu amener des biais dans nos résultats, notre étude a quand même réussi à démontrer certains aspects de la résilience qui sont culturellement communs à la société occidentale. De plus, cette étude a permis d'aider les psychologues lors de la prise en charge des femmes, ce qui est le principal car le but de cette étude est aussi d'aider au mieux cette population sur place.

Des études futures peuvent être envisagées afin de continuer ce travail.

Premièrement, il serait intéressant d'effectuer une recherche longitudinale afin de suivre des femmes sur le long terme. Chaque personne réagissant différemment au traumatisme et à la stigmatisation suite à l'incident, il serait donc important pour vérifier les résultats, de faire un suivi des femmes sur quelques années afin de voir si les résultats se confirment dans le futur. Chaque temps pour chaque phase de test devrait durer plusieurs mois afin d'avoir accès à un plus grand nombre de femmes. Si cela devient possible dans la réalité de terrain, il serait intéressant d'ajouter un groupe d'homme afin de voir si le sexe joue un rôle dans le traumatisme suite à l'incident et dans le processus de résilience.

Deuxièmement, si de nouveaux questionnaires sont mis au point sur place, il serait possible de refaire une nouvelle étude qui devrait permettre de rechercher et contrôler l'influence de la stigmatisation sur la résilience des femmes victimes de violences sexuelles, en fonction de leur niveau d'anxiété et de dépression. Et ainsi, voir les différences de résultats entre la première étude et la nouvelle étude avec des questionnaires adaptés au plus proche de la culture africaine de l'Est de la République Démocratique du Congo.

Troisièmement, il serait intéressant de pouvoir effectuer une anamnèse davantage construite et poussée. Lorsque l'on parle de stigmatisation, on parle de l'effet du regard d'un premier individu sur un deuxième individu. Il serait intéressant de pouvoir accéder à la communauté afin d'évaluer la vision et les croyances des communautés à ce sujet. Des organisations comme Médecins du Monde effectuent des enquêtes au sein des communautés. Le lien étant déjà établi avec les populations, il serait peut être intéressant par ce biais de s'allier pour la recherche dans un but de développer de nouvelles stratégies de prise en charge des victimes et ainsi donner des clés aux professionnels de première ligne.

Quatrièmement, dans un autre intérêt il serait avantageux de s'intéresser en plus de la dépression et de l'anxiété, aux sentiments tels que la culpabilité ou encore la honte. Ces données nous permettraient d'aller encore plus loin dans la création et la validation d'une ou plusieurs échelles spécifiques en lien avec la culture, la religion et les croyances des populations.

Cinquièmement, d'après la réflexion de Dericquebourg (1989) évoquée dans la discussion, il serait intéressant de voir s'il existe une influence de l'appartenance à une MUSO sur le lien entre stigmatisation et résilience basée sur la tolérance des affects.

Enfin, les nouveaux questionnaires utilisés comme celui de la résilience (CD-RISC) pourraient alors être intégrés dans les dossiers de prise en charge des victimes. Il reste beaucoup de travail à effectuer au niveau du domaine de la psychologie au sein de la République Démocratique du Congo. Les prochaines avancées en terme de recherche pourraient apporter une aide précieuse aux professionnels en charge des victimes et des populations en quête d'aide de nature diverse.

De nombreuses perspectives de recherche sont à envisager afin de permettre un soutien à cette population en souffrance. Il est de notre devoir de les aider à affiner leur prise en charge pour améliorer la santé mentale du pays.

III. Conclusions

Cette recherche a eu pour objectif de chercher quelle est l'influence de la stigmatisation sur la résilience, selon le niveau d'anxiété et de dépression des femmes victimes de violences sexuelles en République Démocratique du Congo.

Les principaux résultats de cette étude sont les suivants :

Tout d'abord il existe un lien entre le rejet ou le décès du mari, avec l'anxiété que peut présenter la femme victime de violences sexuelles, ce qui n'est pas le cas avec la dépression. En effet, il y a une différence entre les femmes qui sont rejetées par leur mari et les femmes qui ne le sont pas, sur l'anxiété. De plus, il y a une différence significative entre les sujets qui ont un mari décédé et ceux qui n'ont pas perdu leur mari, sur le niveau d'anxiété. Plus précisément, nous pouvons dire que les sujets mariés ont plus tendance à utiliser la résilience basée sur le sens du contrôle interne par rapport aux sujets séparés. D'autre part, en ce qui concerne le lien entre religion et dépression, une différence entre les catholiques et les protestantes a été relevée au niveau du taux de dépression. Plus spécifiquement, nous observons que les sujets de religion protestante ont un niveau de dépression significativement plus élevé que les sujets de religion catholique. Enfin, il a été relevé un lien entre âge et stigmatisation. En effet, il y a une différence d'âge significative entre celles qui sont stigmatisées et celles qui n'ont pas été stigmatisées. Plus précisément, les plus jeunes ont plus tendance à être stigmatisées par rapport aux sujets plus âgés.

Les résultats de cette étude sont intéressants en vue des possibles recherches que nous pourrions entreprendre par la suite.

Nous avons pu suivre un certain nombre de femmes, ce qui nous a permis d'avoir un début de réponse à nos hypothèses. Le délai de passation implique qu'il n'y a eu au final qu'un faible échantillon. Les résultats sont donc à prendre avec prudence même si ce sont des résultats qui peuvent amener un début de réponse dans la spécificité de la prise en charge chez la femme victime de violences sexuelles.

La République Démocratique du Congo fait partie des derniers pays au monde où les violences sexuelles sont infligées comme arme de guerre et disposent d'une réelle signification culturelle. Les violences sexuelles sont un fléau qui impactent les victimes mais également beaucoup de personnes dans cette région du monde. Il est donc essentiel de

comprendre ce phénomène pour arriver à prendre en charge les personnes qui souffrent de ces conséquences.

L'objectif dans le futur est de pouvoir appréhender plus particulièrement la spécificité culturelle du traumatisme et du processus de résilience chez la femme et de pouvoir avoir des thérapies adaptées à leur population. Il serait intéressant d'envisager de créer des outils directement dans la culture de l'Est du Congo afin de pouvoir aider les psychologues à diagnostiquer au plus vite la spécificité du traumatisme de chaque femme qui arrive et ainsi détecter les facteurs de résilience présents chez chaque femme de manière individuelle. Pour finir cette étude, au vu des réponses prometteuses, il serait important de refaire de prochaines recherches pour confirmer les tendances et comprendre au mieux toutes les particularités culturelles des processus de résilience.

D'après les résultats rencontrés et les analyses effectuées, nous pouvons voir qu'une problématique en lien avec le genre est bel et bien présente. La représentation et le rôle que la femme incarne vis-à-vis de la communauté reste figée selon les croyances communautaires. Ces dernières sont fondées sur l'idée que la femme se doit d'être une femme, une épouse, une mère représentant une image respectant le cadre traditionnel. Les violences sexuelles étant perpétrées le plus souvent sur leur lieu de travail, la communauté considère que la femme a sa part de responsabilités dans l'acte subi et devient alors à ses yeux, déviante de ce cadre. Ce jugement entraîne une forte stigmatisation. Un travail serait intéressant d'être mené sur l'origine de cette stigmatisation afin de faire changer les mentalités sur la responsabilité de la femme lors d'un viol et sa place au sein de la société. Cette prise de conscience pourrait alors être les prémisses d'un processus de résilience plus pérenne.

Pour conclure, lors de son discours à Oslo en 2018, le Dr Mukwege a raconté l'histoire de Sarah, une jeune fille dont toute la famille a été massacrée et il a dit : « Si des gens comme Sarah n'abandonnent pas, qui sommes-nous pour le faire ? ».

IV. Bibliographie

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental Disorders* (Fifth edition). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.

Ane, T., Ait Mohammed, Y., Barbaszynski, J., Camara, H. & Ricardo, J. (2017). Âge et Religion. *Petites enquêtes et expérimentations en GEA*. <https://geadescartes.wordpress.com/2017/03/20/age-et-religion/>

Association mémoire traumatique et victimologie. (2015). *Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte : Dénis de protection, de reconnaissance et de prise en charge : enquête nationale auprès des victimes*. https://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/memoire-traumatique-victimologie_impact_violences_sexuelles.pdf

Belarouci, B. (2008, février). Les violences sexuelles faites aux femmes : la situation en Algérie. *Le journal des psychologues*, 254, 53-56.

Benoujdi, C., Bernard, G., Le Masson, V., Sotelo Reyes, S. (2017). *Les violences contre les femmes et les filles et la résilience. Quels liens ? Quels enjeux ? Quels impacts ? Perspectives du contexte Tchadien*. BRACED. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/resource-documents/12012.pdf>

Blavier, A. (2015). *Déontologie*. Liège : Presses Universitaires de Liège

Bofane, J., Braeckman, C., Cadière, G-B., Mathoz, J-P., Vandermeersch, D. (2015). *Viol comme une arme de terreur – Dans le sillage du combat du Docteur Mukwege*. Mardaga.

Bouvier, P. (2015, septembre) Violence sexuelles, santé et éthique humanitaire : vers une approche globale, centrée sur la personne. *Revue internationale de Croix-Rouge*, 894, 125-145.

Braeckman, C. (2016). *L'homme qui répare les femmes – Le combat du Dr Mukwege*. Renaissance du livre.

Cojean, A. (2017). Le viol : arme de destruction massive en Syrie. *Le Monde*.
https://www.lemonde.fr/proche-orient/article/2014/03/04/syrie-le-viol-arme-de-destruction-massive_4377603_3218.html

Cyrulnik, B. & Jorland, G. (2012). *Résilience – Connaissance de base*. Odile Jacob.

Darzi, C. (2018). *The Harvard Trauma Questionnaire: Reliability and Validity Generalization Studies of the Symptom Scales* [Unpublished master's thesis]. University of Ottawa.

Dericquebourg, R. (1989). Stigmates, préjugés, discrimination dans une perspective psychosociale. *Etudes inter-ethniques*. 65-74. Université de Lille 3.

Desfossés, G. (2013). *Le stress post-traumatique*. <https://www.psychoressources.com/bibli/syndrome-stress-post-traumatique.html>

Evrard, N. (2017). *La résilience selon Boris Cyrulnik : ce qui influence la résilience*.
<https://www.onmeda.fr/forme-et-bien-etre/resilience-selon-boris-cyulnik-ce-qui-influence-la-resilience-1331-3.html>

Fondation Panzi. (2019). *Manuel sur la prise en charge holistique des survivant-e-s de violences sexuelles liées aux conflits*. <http://www.fondationpanzirdc.org>

Gouvernement du Québec. (2019). *Troubles anxieux*.
<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/troubles-anxieux/>

Guedeney, N. (2017). *L'attachement, un lien vital*. Fabert.

Hopital de Panzi. (2016). *Hopital Général de Panzi*. Retrieved from
[:https://www.hopitaldepanzi.com/](https://www.hopitaldepanzi.com/)

Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano-Ascencio, R. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Organisation Mondiale de la Santé.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42545/9242545619_fre.pdf?sequence=1

Le Bris, T. (2017). *The Hopins symptoms checklist in 25 items : translations in castilian, galician, catalan, french, greek, italien, polich, bulgarian and croatian synthesis*. Université de Bretagne Occidentale.

Machart, M. (2018). La nouvelle définition du viol posée par la loi « Schiappa » du 3 août 2018. *Village de la justice*, 703.

Maertens de Noordhout, F. (2013). Violences sexuelles en République Démocratique du Congo : « Mais que fait la police ? » : Un état de non-droit à la recherche d'un système normatif. Le cas d'EUPOL RD Congo. *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 71(2), 213-241.

Oswald, P. (2020). Troubles anxieux : importance du diagnostic. *Medipedia*.
<https://fr.medipedia.be/troubles-anxieux/diagnostic/trouble-anxieux-importance-du-diagnostic>

Peterman, A. & al., (2011) Estimates and Determinants of Sexual Violence Against Women in the Democratic Republic of Congo. *American Journal of Public Health*, 101, 1060-1067.

Puechguirbal, N. (2011). La violence sexuelle dans les conflits armés : une pratique cruelle, inacceptable et pourtant évitable. *Comité International de la Croix-Rouge*. <https://www.icrc.org/fr/doc/resources/documents/interview/2011/women-interview-2011-03-02.htm>

Ruszniewski, M. & Bouleuc, C. (2012). L'annonce d'une mauvaise nouvelle médicale épreuve pour le malade, défi pour le médecin. *Laennec*, 60(2), 24-37.

Saint-Germès, S. (2016). Les jeunes se tournent de plus en plus vers la religion. *Le Figaro*. <https://etudiant.lefigaro.fr/bac/bac-actu/detail/article/les-jeunes-se-tournent-de-plus-en-plus-vers-la-religion-21271/>

Salmona, M. (2008). Violences sexuelles et situations paradoxales de dépendance à l'agresseur liées à la mémoire traumatique, la dissociation et aux conduites dissociantes. *Mémoire traumatique et victimologie*. https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/doc_violences_sex/traumatismes_sexuels_et_dependance_a_l_agresseur.pdf

Salmona, M. (2009). Conséquence des troubles psychotraumatiques et de leurs mécanismes neurobiologiques sur la prise en charge médicale et judiciaire des victimes de viol. *Mémoire traumatique et victimologie*. https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/doc_violences_sex/cons_troubles_psychotrauma_sur_prise_en_charge_victimes_de_viol.pdf

Salmona, M. (2017). Impact des violences sexuelles sur la santé des victimes : la mémoire traumatique à l'œuvre. *Pratique de la psychothérapie EMDR*, 19, 207-218.

Selvam, R. (2018). Comprendre et améliorer la tolérance aux affects: Le rôle de l'attitude, du soutien et de l'embodiment. *Integral Somatic Psychology*.

Soszynska, M. (2020). *Prendre en charge les victimes de violences sexuelles*. Médecins sans frontières. <https://www.msf.fr/eclairages/prendre-en-charge-les-victimes-de-violences-sexuelles>.

Tostan (2020). *Renforcement des capacités des femmes et des filles*. <https://www.tostan.org/fr/zones-dimpact/enjeux-transversaux/renforcement-des-capacites-des-femmes-et-des-filles/>

Varangot, A. (2017). *L'impact traumatique des violences sexuelles sur les enfants en République Démocratique du Congo* [Unpublished master's thesis]. University of Liège.

Vépière, A. (2016). L'Est de la RD-Congo déchiré par 22 ans de guerre. *La Croix*. <https://www.la-croix.com/Monde/Afrique/LEst-RD-Congo-dechire-22-guerre-2016-08-15-1200782377>

V. Annexes

Annexe 1 : Statistiques descriptives

| Variable | Mean | Std Dev | Median | Lower 95% CL for Mean | Upper 95% CL for Mean | Minimum | Maximum |
|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------------|--------------------------|------------|------------|
| age | 43.3666667 | 13.0476140 | 43.0000000 | 38.4946075 | 48.2387258 | 23.0000000 | 70.0000000 |
| p_e_c | 229.9666667 | 291.8599668 | 120.0000000 | 120.9843640 | 338.9489693 | 3.0000000 | 1275.00 |
| stig | 0.5333333 | 0.5074163 | 1.0000000 | 0.3438610 | 0.7228057 | 0 | 1.0000000 |
| tot_cdrisc | 46.2000000 | 14.6673459 | 45.5000000 | 40.7231230 | 51.6768770 | 16.0000000 | 76.0000000 |
| comp_perso | 14.8666667 | 4.9461468 | 16.0000000 | 13.0197451 | 16.7135882 | 4.0000000 | 22.0000000 |
| cp_100 | 46.4766667 | 15.4568963 | 50.0000000 | 40.7049667 | 52.2483666 | 12.5000000 | 68.8000000 |
| tol_affect | 10.6666667 | 4.6928657 | 10.5000000 | 8.9143218 | 12.4190115 | 1.0000000 | 19.0000000 |
| ta_100 | 38.0900000 | 16.7657564 | 37.5000000 | 31.8295637 | 44.3504363 | 3.6000000 | 67.9000000 |
| acc_chgt | 10.1000000 | 3.6232011 | 10.0000000 | 8.7470745 | 11.4529255 | 3.0000000 | 18.0000000 |
| ac_100 | 50.5000000 | 18.1160055 | 50.0000000 | 43.7353724 | 57.2646276 | 15.0000000 | 90.0000000 |
| se_cort_int | 5.4666667 | 2.9329676 | 5.0000000 | 4.3714786 | 6.5618548 | 0 | 11.0000000 |
| sci_100 | 45.5500000 | 24.4438942 | 41.7000000 | 36.4224999 | 54.6775001 | 0 | 91.7000000 |
| spiri | 5.1000000 | 1.7090025 | 5.0000000 | 4.4618480 | 5.7381520 | 2.0000000 | 7.0000000 |
| spiri_100 | 63.7500000 | 21.3625317 | 62.5000000 | 55.7730996 | 71.7269004 | 25.0000000 | 87.5000000 |
| dc_mari | 0.4000000 | 0.5632418 | 0 | 0.1896820 | 0.6103180 | 0 | 2.0000000 |
| dc_enf | 0.6923077 | 1.4076713 | 0 | 0.1237370 | 1.2608784 | 0 | 5.0000000 |
| st_anx | 1.9700000 | 0.4557298 | 1.9000000 | 1.7998277 | 2.1401723 | 1.2000000 | 2.9000000 |
| st_dep | 2.1483333 | 0.4052763 | 2.1650000 | 1.9970007 | 2.2996660 | 1.4700000 | 2.9300000 |
| tot_hscl | 2.0800000 | 0.3371278 | 2.0600000 | 1.9541144 | 2.2058856 | 1.5200000 | 2.9200000 |
| tot_htq | 2.1496667 | 0.4940507 | 2.1600000 | 1.9651851 | 2.3341482 | 1.1300000 | 3.0000000 |

Annexe 2 : Données sociodémographiques

| P S Y | SE XE P S Y | Â G E | ETUDES | RELI GION | TRI BU | PROF ESSIO N | REJET DU MARI | STATUT | DEC ES MAR I | DELAI PRISE EN CHARGE | STIGM ATISA TION | NB AUTEU R(S) | CARA AUTEUR(S) | VICTIM E SEULE / GR | |
|-------------|-------------------------|-------------|--------|------------------------------------|---------------------|--------------------|----------------------|--------|-----------------------|-----------------------------|------------------------|---------------------|-------------------|---|------------|
| P 0 1 | 1 | M | 23 | NON | ADV ANTI STE | HUT U | CULT IVAT RICE | NON | MARIEE | 0 | 2 SEMAINE S | NON | 1 | SOLDAT CONGOLAIS | SEULE |
| P 0 2 | 1 | M | 36 | NON | PROT ESTA NTE | | CULT IVAT RICE | OUI | SEPREEE | 0 | 1 AN 7 MOIS | OUI | 2 | FDLR/GROUPE ARME RWANDOPHON ES | GROUP E |
| P 0 3 | 2 | F | 36 | NON | PROT ESTA NTE | | CULT IVAT RICE | OUI | SEPREEE | 0 | 1 MOIS | OUI | 1 | MILITAIRE | SEULE |
| P 0 4 | 2 | F | 58 | NON | PROT ESTA NTE | BAF ULE RO | CULT IVAT RICE | NON | VEUVE | 2 | 3 SEMAINE S | OUI | 2 | MILITAIRE | SEULE |
| P 0 5 | 3 | M | 37 | NON | CATH OLIQ UE | SHI | CULT IVAT RICE | OUI | SEPREEE | 0 | 1 AN | OUI | 2 | CIVIL | SEULE |
| P 0 6 | 1 | M | 23 | ECOLE PRIMAIRE NON COMPLETEE | PROT ESTA NTE | SHI | CULT IVAT RICE | NON | CELIBATAIRE | 0 | 2 MOIS | OUI | 2 | MILICIENS/REB ELS ARMES | GROUP E |
| P 0 7 | 1 | M | 50 | NON | CATH OLIQ UE | SHI | CULT IVAT RICE | NON | VEUVE | 1 | 3 MOIS | OUI | 2 | FDLR/GROUPE ARME RWANDOPHON ES | SEULE |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|--------|---|---------------------|------------------|----------------------|---------------------|---------|---|----------------|-----|--------|---|------------|
| P 0 8 | 1 | M | 3 5 | NON | ANG LICA N | SHI | CULT IVAT RICE | NON | MARIEE | 0 | 4 MOIS | OUI | 2 (4) | CIVIL | GROUP E |
| P 0 9 | 1 | M | 2 6 | ECOLE SECONDAIRE NON COMPLETEE | PROT ESTA NTE | | CULT IVAT RICE | NON (ABSE NT) | MARIEE | 0 | 5 MOIS | OUI | 2 | MAI MAI | GROUP E |
| P 1 0 | 1 | M | 3 7 | ECOLE PRIMAIRE NON COMPLETEE | PROT ESTA NTE | | CULT IVAT RICE | NON | MARIEE | 0 | 1 AN 5 MOIS | OUI | 2 | MILITAIRE | GROUP E |
| P 1 1 | 3 | M | 5 0 | NON | CATH OLIQ UE | SHI | CULT IVAT RICE | OUI | SEPREEE | 0 | 10 MOIS | OUI | 4 | CIVIL | SEULE |
| P 1 2 | 3 | M | 3 0 | NON | PROT ESTA NTE | SHI | CULT IVAT RICE | NON | VEUVE | 1 | 4 MOIS | OUI | 6 (10) | MILICIENS/REB ELS ARMES | GROUP E |
| P 1 3 | 3 | M | 2 6 | NON | PROT ESTA NTE | BAF ULE RO | CULT IVAT RICE | OUI | SEPREEE | 0 | 4 MOIS | OUI | 2 | CIVIL (AMIS DU MARI) | SEULE |
| P 1 4 | 1 | M | 5 0 | NON | PROT ESTA NTE | | CULT IVAT RICE | NON | VEUVE | 1 | 3 MOIS | OUI | 2 | FDLR/GROUPE ARME RWANDOPHON ES | SEULE |
| P 1 5 | 1 | M | 5 6 | NON | CATH OLIQ UE | BAF ULE RO | CULT IVAT RICE | NON | MARIEE | 0 | 1 AN | OUI | 2 (3) | FDLR/GROUPE ARME RWANDOPHON ES | GROUP E |
| P 1 6 | 1 | M | 7 0 | NON | CATH OLIQ UE | SHI | SANS EMPL OI | NON | VEUVE | 1 | 6 MOIS | NON | 1 (3) | FDLR/GROUPE ARME RWANDOPHON ES | GROUP E |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|--------|------------------------------------|---------------------|------------------|----------------------|-----|--|---|-----------------|-----|------------------------------|---|------------|
| P 1 7 | 4 | M | 6 5 | NON | CATH OLIQ UE | SHI | CULT IVAT RICE | NON | VEUVE | 1 | 5 MOIS | NON | 2 | FDLR/GROUPE ARME RWANDOPHON ES | GROUP E |
| P 1 8 | 4 | M | 4 9 | NON | | | CULT IVAT RICE | NON | MARIEE | 0 | 7 MOIS | NON | 1 | MILITAIRE | SEULE |
| P 1 9 | 4 | M | 5 0 | NON | CATH OLIQ UE | SHI | CULT IVAT RICE | NON | MARIEE | 0 | 4 MOIS | NON | 2 | CIVIL | SEULE |
| P 2 0 | 1 | M | 6 0 | NON | CATH OLIQ UE | SHI | CULT IVAT RICE | NON | MARIEE | 0 | 4 MOIS | NON | 2 (très nombre ux +15) | FDLR/GROUPE ARME RWANDOPHON ES | GROUP E |
| P 2 1 | 1 | M | 4 6 | ECOLE PRIMAIRE NON COMPLETEE | CATH OLIQ UE | SHI | CULT IVAT RICE | NON | MARIEE | 0 | 2 ANS 8 MOIS | NON | 3 | FDLR/GROUPE ARME RWANDOPHON ES | SEULE |
| P 2 2 | 1 | M | 5 0 | NON | CATH OLIQ UE | SHI | CULT IVAT RICE | NON | VEUVE | 1 | 3 ANS 6 MOIS | NON | 3 | FDLR/GROUPE ARME RWANDOPHON ES | GROUP E |
| P 2 3 | 3 | M | 5 9 | NON | PROT ESTA NTE | BAF ULE RO | CULT IVAT RICE | NON | VEUVE | 1 | 2 MOIS | NON | 1 | CIVIL | GROUP E |
| P 2 4 | 1 | M | 4 0 | NON | PROT ESTA NTE | SHI | CULT IVAT RICE | NON | VEUVE (MARI TUE LE JOUR DU VIOL) | 1 | 3 MOIS | NON | 3 | FDLR/GROUPE ARME RWANDOPHON ES | GROUP E |
| P 2 5 | 3 | M | 3 5 | NON | PROT ESTA NTE | BAF ULE RO | SANS EMPL OI | OUI | SEPARÉE | 0 | 2 MOIS | OUI | 1 | MILICIENS/REB ELS ARMES | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|--------|---|---------------------|------------------|----------------------|-----|------------------------------|---|--------------------|-----|---|-----------------------------------|------------|
| P 2 6 | 5 | F | 5 5 | ECOLE SECONDAIRE NON COMPLETEE | CATH OLIQ UE | | CULT IVAT RICE | NON | SEPARÉE (DEPUIS 4 ANS) | 0 | 2 MOIS | NON | 2 | CIVIL | |
| P 2 7 | 6 | M | 3 4 | NON | CATH OLIQ UE | BAF ULE RO | CULT IVAT RICE | NON | VEUVE | 1 | MOINS 72 HEURES | OUI | 1 | CIVIL | SEULE |
| P 2 8 | 4 | M | 3 5 | ECOLE PRIMAIRE NON COMPLETEE | PROT ESTA NTE | BAF ULE RO | CULT IVAT RICE | NON | MARIEE | 0 | 2 MOIS | NON | 2 | GROUPE ARME BURUNDAIS (FDD) | |
| P 2 9 | 5 | F | 5 3 | ECOLE SECONDAIRE NON COMPLETEE | | SHI | CULT IVAT RICE | NON | MARIEE | 0 | 2 MOIS | NON | 3 | CIVIL | GROUP E |
| P 3 0 | 3 | M | 2 7 | ECOLE SECONDAIRE NON COMPLETEE | PROT ESTA NTE | SHI | MEN AGER E | NON | VEUVE | 1 | 1 AN 6 MOIS | NON | 4 | MILITAIRE | SEULE |

Annexe 3: Test de normalité de Shapiro-Wilk des 6 variables de résilience, de l'anxiété, de la dépression et du trauma

| Variable | CD-RISC | CP | TA | AC | SCI | S (T de Student) | Anx | Dépre | HSCL | HTQ |
|-------------|---------|--------|--------|--------|--------|------------------|--------|--------|--------|--------|
| Statistique | 0.9850 | 0.9408 | 0.9656 | 0.9623 | 0.9627 | 16.3451 | 0.9521 | 0.9697 | 0.9668 | 0.9773 |
| Valeur du p | 0.9369 | 0.0953 | 0.4267 | 0.3548 | 0.3634 | <.0001 | 0.1918 | 0.5313 | 0.4552 | 0.7510 |