

Évaluation De La Symptomatologie De L'Anxiété Et De La Dépression Chez Les Adolescentes Victimes De Viol À Kinshasa

Sambi Mualakana Neney

Université Pédagogique Nationale /B. P 8815 Kinshasa 1/ RD Congo

Auteur correspondant : MANDEFU MALEMBA Olivier



Résumé : Cette étude a scruté sur l'évaluation de la symptomatologie de l'anxiété et de la dépression chez les adolescentes victimes de viol à Kinshasa, 13 survivantes du viol qui ont constitué notre échantillon, nous avons utilisé un guide d'entretien psychosocial, des échelles d'anxiété et de dépression. Les résultats qui en découlent de ces différents outils ont révélé que le tableau clinique des adolescentes victimes du viol est dominé par la symptomatologie de l'anxiété à 92,3% ainsi que, la dépression certaine à 61,5%.

Mots clés : Évaluation, Symptomatologie, Anxiété, Dépression, Adolescentes, Victimes Viol, Kinshasa.

Abstract: This study investigated the assessment of anxiety and depression symptoms among adolescent rape victims in Kinshasa, 13 rape survivors who constituted our sample, we used a psychosocial interview guide, anxiety and depression scales. The results derived from these different tools revealed that the clinical picture of adolescent rape victims is dominated by anxiety symptoms at 92.3% as well as definite depression at 61.5%.

Keywords: assessment, symptomatology, anxiety, depression, adolescent girls, rape victims, Kinshasa.

Introduction

La problématique du viol remonte depuis la lune de temps et existe dans toutes les sociétés du monde entier sans exception. Il y a plusieurs types de violence sexuelle parmi lesquels, le viol qui tient en haleine la toile de la communauté tant nationale qu'internationale. Cette violence est responsable de plusieurs états psychopathologiques chez les victimes. Globalement, le viol reste le type de violence sexuelle le plus répandu dans les structures d'offre des services aux survivant(e)s, suivi de l'agression sexuelle et enfin des autres formes de Violence Basée sur le Genre, VBG en sigle.

Durant le second conflit mondial, de nombreuses armées se sont livrées au viol de masse sur tous les fronts. Ce qui fait que, le viol systématique commis par les troupes allemandes en territoire soviétique a succédé à celui des femmes allemandes par l'armée rouge, durant la campagne d'Allemagne en 1945 [1].

Non seulement tous ces modes opératoires ont été répétés dans la plupart de conflits contemporains, mais aussi dans des conflits récents. Le viol de guerre et sa panoplie de sévices ont eu pour but profond de dire aux populations martyres : « partez et ne revenez jamais » ou encore, « même si vous revenez, nous vous avons quand même détruits par le viol de vos femmes et de vos filles ».

Il sied de noter que, dans le monde, 35% des femmes ont subi au moins une fois des violences physiques et/ ou sexuelles de la part d'un partenaire intime, ou bien des violences sexuelles de la part d'une autre personne [2].

Certaines études à l'échelle nationale ont montré que cette proportion pouvait atteindre 70% des femmes, et que le taux de dépression, d'avortement et de contamination par le VIH ont été plus élevés chez les femmes ayant subi ce type de violence par

rapport aux femmes qui ne l'ont pas subi ; 40% des femmes subissent des violences et demandent de l'aide sous une forme ou sous une autre auprès des proches de la famille, des amis, de la police et autre ; 15 millions d'adolescentes dans le monde, âgées de 15 à 19 ans, ont été forcées d'avoir des rapports sexuels.

Au cours de l'année 2020, les équipes MSF qui travaillent en République démocratique du Congo (RdC) ont pris en charge près de 11 000 victimes de violences sexuelles. Que ce soit dans des provinces touchées par des conflits armés (Ituri, Sud-Kivu, Nord-Kivu) ou d'autres zones considérées comme plus stables (Kasaï central, Maniema, Haut-Katanga), les violences sexuelles sont endémiques, et les victimes peinent à trouver des soins et une prise en charge adéquate. Une récente analyse des données de MSF met en exergue l'ampleur de ces urgences médicales et la faiblesse de la réponse dans ce domaine [3].

Certaines organisations internationales évoquent que les conséquences de la violence à l'encontre des enfants qui subissent et qui en pratiquent sur leur santé, leur bien-être, leur famille, leur communauté et leur pays pendant la durée de la vie, peuvent :

- Entraîner la mort, provoquer des blessures graves, entraîner des troubles du développement du cerveau et du système nerveux.
- Apparition des réactions négatives et des comportements à risque pour la santé. On observe également une grande fréquence de l'anxiété, de la dépression, d'autres problèmes de santé mentale et du suicide ;
- Aboutir à des grossesses non désirées, à des avortements, à des problèmes gynécologiques, à des infections sexuellement transmissibles dont le VIH ;

Plus qu'une violence physique, les crimes sexuels détruisent les normes sociales et déshumanisent tant les victimes que leur entourage [4].

L'état de lieu fait par le Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant (2013), a révélé que sept provinces, avant le démembrement, ont été les plus touchées en violence sexuelle. Il s'agit de : grand Bandundu, Kongo central, Nord Kivu, Sud Kivu, grande Province Orientale, Kinshasa et grand Katanga. Il a été révélé que 25 612 cas rapportés et 19 937 cas incidents dont l'âge moyen des victimes était de 13 à 15 ans, et dont l'âge moyen des agresseurs était de 26 à 40 ans. Ce rapport a précisé aussi les profils des auteurs, dont 52,9% des civils, 36,6% des miliciens et 8,5% des militaires et/ou policiers [5].

Au troisième trimestre, au moins 476 majeures et 93 mineures ont été victimes de violences sexuelles dans le territoire de Masisi, dans la province du Nord Kivu. Les violences sexuelles sont commises en grande partie par des hommes en armes mais aussi par des civils. Les conséquences des violences sexuelles relevées sont : les traumatismes physiques, psychologiques (Etat de Stress Post Traumatique, dépression...), les infections sexuellement transmissibles, les grossesses non désirées...[6].

Le Centre Intégré des Services Multisectoriels de Kintambo (2019) a enregistré, dans son pilier médical, 559 survivants des violences basées sur le genre (VBG), 485 mineurs dont l'âge varie entre 0 à 17ans et 385 dans son pilier psycho social dont 319 mineurs.

En effet, malgré la tenue des formations, des campagnes de sensibilisation et des conscientisations de la population sur la réduction, la prévention et la suppression des VBG ainsi que les enquêtes organisées par des structures, tant nationales qu'internationales, en vue d'éradiquer ce fléau, certains facteurs favorisent la montée des violences sexuelles sur le terrain. Il s'agit notamment de l'impunité des auteurs, de la toxicomanie, de l'ivrognerie, de l'ignorance de la nouvelle loi sur les violences sexuelles, les conflits armés et ethniques, les pratiques traditionnelles préjudiciables, le banditisme urbain et la non dénonciation des agresseurs.

Au cours de cette dernière décennie des conflits armés en République démocratique du Congo (RdC), des dizaines de milliers de femmes et de filles ont été victimes de crimes de violences sexuelles dans la partie Est du pays. Les conflits inter ethniques au Kasaï Central n'ont fait qu'augmenter les statistiques en défaveur des femmes et des filles dans ce coin du pays, ajoutant les enlèvements et le banditisme urbain à Kinshasa.

Si les traumatismes psychiques endurés par les femmes violées sont durs et complexes, les conséquences sociales de viols sont encore à redouter. En effet, une fille ou une femme qui a subi un viol est l'objet de stigmatisation, de l'exclusion sociale et se trouve

être mise au banc de la communauté. Elle représente le déshonneur pour sa famille, pour le clan et pour toute la communauté, bien qu'elle ne soit en rien coupable. C'est pourquoi une femme célibataire violée verra ses chances de se marier réduites si le viol est connu. Une femme mariée par contre est susceptible d'être rejetée par son mari ou sa belle-famille, endurent par ce fait des humiliations quotidiennes, si elle n'est pas tout simplement renvoyée du foyer.

Ajoutant à cela le phénomène du banditisme urbain à Kinshasa et d'autres facteurs déjà existants telles que : les us et coutumes, la situation socio-économique très précaire, l'injustice sociale, la promiscuité, l'impunité des auteurs de l'acte et autres, l'insécurité qui constituent des facteurs favorisant le viol. La situation des femmes victimes de la violence sexuelle se trouve donc aggravée.

A Kinshasa, plusieurs structures nationales et internationales se mettent en place pour apporter une réponse efficace selon le besoin des survivantes. Ainsi, certains pays tels que le Canada, l'Allemagne et le Pays Bas, pour ne citer que ceux-là, en collaboration avec les agences des Nations Unies telles que l'UNFPA, le PNUD, la CNDH, viennent en appui à l'Etat congolais sous la supervision du Ministère de Genre, Enfant et Famille. Ces agences ont implanté et équipé trois Centres Intégrés des Services Multisectoriels CISM en sigle, dans trois zones de santé dont : Ndjili, Ngaba et Kintambo. Ajoutons à cela la Clinique Panzi qui vient de s'installer à Kinshasa, pour une prise en charge holistique et gratuite des survivantes des violences basées sur le genre depuis quelques années.

Ces actions louables en soi sont limitées vu la forte densité de la population urbaine de la capitale. L'inaccessibilité des certaines communes, la distance entre le lieu de l'agression et le CISM, le manque d'information sur l'existence des CISM, les arrangements à l'amiable sans consentement de la victime pour ne citer que ça rend parfois les choses difficiles et souvent cela décourage les victimes.

Parmi les victimes et survivantes des violences basées sur le genre, nous trouvons toutes les tranches d'âge et les deux sexes mais le sexe, féminin reste dominant. Il y a, parmi eux, les enfants de bas âge, les adolescents et les adultes.

Nous basant sur les consultations psychologiques menées au CISM sur ces adolescentes et des faits observables évoqués ci-dessus, nous avons formulé notre question principale suivante : est – ce que les adolescentes victimes de viol manifestent – elles les troubles d'anxiété et de dépression ?

Face à la question soulevée ci – haut, nous pensons que le tableau clinique des adolescentes victimes du viol serait dominé par l'anxiété et la dépression.

Cette recherche se fixe comme objectif de dépister les troubles d'anxiété et de dépression chez les adolescentes victimes de viol à travers l'échelle de HAD.

Méthodologie

Nous avons entrepris cette étude dans une approche clinique de 13 adolescentes survivantes de viol, suivi au CISM de Kintambo, dans la période allant du mois de Mai en Aout 2021. Nous avons utilisé l'approche mixte. Comme technique nous avons appliqué le documentaire, l'observation participante, le récit de vie, l'entretien semi directif et l'analyse des contenus. Les données ont été collectées à travers du guide d'entretien, de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg (RSE), de l'échelle d'anxiété et de dépression (HDA).

Toute recherche doit déterminer la population à laquelle elle est destinée. Par population, il faut entendre l'ensemble fini d'individus, d'objets, d'institution, etc. auxquels s'adresse la recherche ; c'est l'ensemble du groupe humain concerné par les objectifs de l'enquête ; la population mère est l'ensemble de tous les individus qui ont des caractéristiques précises en relation avec les objectifs de l'étude [7,8,9].

Notre population d'étude est composée des 47 adolescentes âgées de 11 à 17 ans victimes des viols, ayant bénéficié de la prise en charge holistique (médical, psychosocial, juridique et réinsertion socio-économique) au CISM Kintambo

Collecte des données

Nous avons recouru à l'échantillonnage non probabiliste par le fait que tous les sujets n'avaient pas la même chance d'être interrogé. Les sujets étaient interrogés selon leurs disponibilités, leurs accessibilités et selon les critères d'inclusion à la recherche. C'est ainsi

que sur un total de 47 adolescentes qui constituaient la population de la présente recherche, 13 seulement ont accepté de participer à la recherche. Donc, l'échantillon de notre recherche est accidentel, c'est un échantillon qui implique le choix des sujets les plus proches, les plus accessibles qui sont inclus dans la recherche au fur et à mesure qu'ils se présentent à un endroit déterminé, à un moment précis jusqu'à l'obtention de la taille de l'échantillon désiré [10,11].

Pour participer à notre recherche, les sujets devaient répondre aux critères d'inclusion suivants :

- Être victime du viol durant la période de notre étude (Mai – Août 2021) ;
- Être prise en charge au CISM Kintambo ;
- Être suivi dans tous les 4 guichets ;
- Être scolarisée ;
- Être capable de parler, lire et comprendre la langue française ;
- Obtenir le consentement du tuteur pour participer à la recherche.

Ci-dessous nous présentons les caractéristiques sociodémographiques des 13 adolescentes victimes du viol impliquées à la recherche, reçu au CISM Kintambo durant la période de notre recherche. Ces tableaux présentent les éléments suivants : niveau d'étude, religion, tranche d'âge, fratrie, structure familiale, province d'origine, commune d'habitation, présence des parents, relation de la victime avec son agresseur ainsi que la profession des parents.

Résultats

Tableau 1. Symptomatologie d'anxiété et niveau d'étude

Niveau d'étude	Symptomatologie d'anxiété						Total	
	Absence de symptomatologie		Symptomatologie douteuse		Symptomatologie certaine		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
7 ^{ème} et 8 ^{ème}	0	0	0	0	5	38,5	5	38,5
1 ^{ère} et 2 ^{ème}	0	0	1	7,7	6	46,1	7	53,8
3 ^{ème} et 4 ^{ème}	0	0	0	0	1	7,7	1	7,7
Total	0	0	1	7,7	12	92,3	13	100

La symptomatologie certaine d'anxiété a été identifiée chez la plus grande majorité des sujets évalués (92,3%) dont 46,1% auprès des sujets ayant un niveau d'instruction entre 1^{ère} et 2^{ème} humanités et 38,5% auprès de ceux scolarisés entre 7^{ème} et 8^{ème} année secondaire.

Tableau 2. Symptomatologie d'anxiété et-âge

Tranches d'âge	Symptomatologie d'anxiété						Total	
	Absence de symptomatologie		Symptomatologie douteuse		Symptomatologie certaine		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
11-15 ans	0	0	0	0	9	69,2	9	69,2
16-20 ans	0	0	1	7,7	3	23,1	4	30,8
Total	0	0	1	7,7	12	92,3	13	100

Par rapport à l'âge, la symptomatologie d'anxiété certaine est exprimée par la majorité des sujets (69,2%) âgés de 11 à 15 ans et 16 à 20 ans (23,1%%).

Tableau 3. Symptomatologie d'anxiété et religion

Religion	Symptomatologie d'anxiété						Total	
	Absence de symptomatologie		Symptomatologie douteuse		Symptomatologie certaine		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Catholique	0	0	0	0	2	15,4	2	15,4
Protestante	0	0	0	0	2	15,4	2	15,4
Eglise de réveil	0	0	1	7,7	5	38,5	6	46,1
Autres	0	0	0	0	3	23,1	3	23,1
Total	0	0	1	7,7	12	92,3	13	100

Selon les données du tableau 19, c'est l'église de réveil qui présente des victimes qui sont le plus exposées à la symptomatologie d'anxiété certaine (38,5%).

Tableau 4. Symptomatologie d'anxiété et fratrie

Fratrie	Symptomatologie d'anxiété						Total	
	Absence de symptomatologie		Symptomatologie douteuse		Symptomatologie certaine		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Aînée	0	0	0	0	1	7,7	1	7,7
Intermédiaire	0	0	1	7,7	5	38,5	6	46,1
Cadette	0	0	0	0	4	30,8	4	30,8
Enfant unique	0	0	0	0	2	15,4	2	15,4
Total	0	0	1	7,7	12	92,3	13	100

Les victimes se trouvant dans la position intermédiaire de la fratrie (38,5%) sont les plus représentées avec la symptomatologie d'anxiété certaine. Elles sont suivies des cadettes des familles (30,4%) confirmant ainsi le commentaire issu des tableaux 3 et 5.

Tableau 5. Symptomatologie d'anxiété et structure familiale

Structure familiale	Symptomatologie d'anxiété						Total	
	Absence de symptomatologie		Symptomatologie Douteuse		Symptomatologie Certaine		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Monogamique	0	0	1	7,7	5	38,5	6	46,1
Polygamique	0	0	0	0	2	15,4	2	15,4
Monoparentale	0	0	0	0	5	38,5	5	38,5
Total	0	0	1	7,7	12	92,3	13	100

Les victimes vivant dans la structure monogamique et monoparentale présentent de manière proportionnelle les plus la symptomatologie d'anxiété certaine (38,5%).

Tableau 6. Symptomatologie d'anxiété et province d'origine

Province d'origine	Symptomatologie d'anxiété						Total	
	Absence de Symptomatologie		Symptomatologie Douteuse		Symptomatologie Certaine		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Kongo central	0	0	0	0	6	46,1	6	46,1
Mongala	0	0	0	0	2	15,4	2	15,4
Tshuapa	0	0	0	0	1	7,7	1	7,7
Haut katanga	0	0	0	0	1	7,7	1	7,7
Kasai oriental	0	0	1	7,7	2	15,4	3	23,1
Total	0	0	1	7,7	12	92,3	13	100

Le tableau 4 trouve sa confirmation au tableau 22 car la province du Kongo central a le pourcentage des victimes du viol le plus exposées à la symptomatologie d'anxiété certaine (46,1%) suivi de la province de la Mongala (15,4%) et Kasai Oriental (15,4%). Mais de manière générale, c'est les provinces du Congo Central (46,1%) et Kasai Oriental (23,1%) sont les plus représentées dans notre échantillon.

Tableau 7. Symptomatologie d'anxiété selon la commune d'habitation

Commune	Symptomatologie d'anxiété						Total	
	Absence de symptomatologie		Symptomatologie Douteuse		Symptomatologie Certaine		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Kasa vubu	0	0	0	0	1	7,7	1	7,7
Ngaliema	0	0	0	0	5	38,5	5	38,5
Kalamu	0	0	0	0	2	15,4	2	15,4
Makala	0	0	0	0	1	7,7	1	7,7
Kinshasa	0	0	0	0	1	7,7	1	7,7

Lingwala	0	0	0	0	1	7,7	1	7,7
Bandalugua	0	0	1	7,7	0	0	1	7,7
Kintambo	0	0	0	0	1	7,7	1	7,7
Total	0	0	1	7,7	12	92,3	13	100

S'agissant des communes les plus exposées à la symptomatologie d'anxiété certaine, à la lumière de ce tableau 23, c'est la commune de Ngaliema (38,5%) et celle de Kalamu (15,4%) (voir le tableau 5) sont les plus représentées.

Tableau 8. Symptomatologie d'anxiété et présence du père

Présence du Père	Symptomatologie d'anxiété						Total	
	Absence de symptomatologie		Symptomatologie Douteuse		Symptomatologie Certaine		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Oui	0	0	0	0	12	92,3	12	92,3
Non	0	0	1	7,7	0	0	1	7,7
Total	0	0	1	7,7	12	92,3	13	100

Les pères de la plus grande majorité des sujets évalués ayant la symptomatologie certaine de l'anxiété sont envie (92,5%).

Tableau 9. Symptomatologie d'anxiété et présence de la mère

Présence de la Mère	Symptomatologie d'anxiété						Total	
	Absence de symptomatologie		Symptomatologie Douteuse		Symptomatologie Certaine		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Oui	0	0	1	7,7	12	92,3	13	100
Non	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	1	7,7	12	92,3	13	100

Les mères de toutes les victimes de viol sexuel avec la symptomatologie de l'anxiété certaine sont également envie (92,5%).

Tableau 10. Symptomatologie d'anxiété et relation avec l'agresseur

Relation avec l'agresseur	Symptomatologie d'anxiété						Total	
	Absence de symptomatologie		Symptomatologie douteuse		Symptomatologie certaine		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Inconnu	0	0	0	0	4	30,8	4	30,8
Ami de son père	0	0	0	0	1	7,7	1	7,7
Copain de sa mère	0	0	0	0	1	7,7	1	7,7
Voisin	0	0	1	7,7	2	15,4	3	23,1
Cousin	0	0	0	0	1	7,7	1	7,7
Collègue de l'école	0	0	0	0	1	7,7	1	7,7
Beau frère	0	0	0	0	1	7,7	1	7,7
Ami de son grand frère	0	0	0	0	1	7,7	1	7,7
Total	0	0	1	7,7	12	92,3	13	100

La plupart des victimes de violence sexuelle dont l'agresseur est un inconnu (30,8%) ont tous une symptomatologie d'anxiété certaine. D'autres (23,1%) ayant comme agresseur le voisin ont également la symptomatologie d'anxiété certaine (15,4%).

Discussion

Comme les tableaux précités ont démontré les objectifs assignés à cette étude, il est donc possible d'émettre une discussion sur nos résultats avec ceux obtenus des autres auteurs qui nous ont précédés sur ce thème.

Il ne semble pas exister un patron précis de conséquences de la violence sexuelle vécu dans l'enfance. La violence sexuelle semble plutôt entraîner chez les enfants et adolescents des séquelles variées qui ne seraient pas homogènes d'une victime à une autre. Elles peuvent faire face à des conséquences psychologiques immédiates mais aussi chroniques qui peuvent interférer avec leur adaptation tout au cours de leur développement. Les conséquences psychologiques qui peuvent se manifester sont les suivantes : les symptômes dépressifs, l'anxiété, la peur, la méfiance, les symptômes de stress post traumatique, les comportements autodestructeurs, comportement d'isolement social, le faible estime de soi, mauvaise perception de l'image corporelle, idéations suicidaires, tentative de suicide...

Plusieurs types de sentiments vécus par les femmes tels que les sentiments d'insécurité ontologique, de destruction, de proximité de la mort, d'impuissance, d'être un objet sexuel, d'auto-exclusion du monde social, de la mutation ontologique, de vengeance, de dépossession de soi et d'inhibition émotionnelle. Ces résultats appuient la liste des conséquences établies par les victimes de viol interrogées dans le cadre de nos recherches [12].

Sur une étude sur 447 enfants victimes d'agression sexuelle dont 319 filles et 128 garçons, âgés de 6 à 12 ans, les résultats des analyses acheminatoires ont indiqué que, les enfants révélant davantage de culpabilité par rapport à la situation d'agression sexuelle présentaient un niveau plus élevé d'anxiété et une plus faible estime d'eux-mêmes. Un effet indirect a également été observé et montre que le sentiment de culpabilité est lié à l'utilisation de stratégies d'évitement, qui en retour exacerbent les symptômes d'anxiété et contribuent à une plus faible estime de soi. Le modèle, qui s'ajuste aux données de manière équivalente pour les filles et les garçons, permet d'expliquer que 24,4 % de la variance des symptômes d'anxiété et 11,2 % de la variance de l'estime de soi. Ces résultats confirment notre travail sur terrain qui stipule que 92,3% de sujets victimes de viol présentent la symptomatologie certaine de l'anxiété [13].

Tenant compte de la symptomatologie de la dépression, l'étude menée sur un échantillon de 479 femmes victimes d'agression sexuelle à l'enfance a démontré que plus de la moitié de ces femmes, présentée au moins une autre forme de mauvais traitements à l'enfance. 30 % d'entre elles présentaient des symptômes de stress post-traumatique et 40 % des symptômes de dépression à l'âge adulte. La dépression est associée aux mauvais traitements psychologiques et à la négligence, au fait d'avoir reçu une réaction non aidante lors du dévoilement de l'agression sexuelle à l'enfance et aux tentatives de suicide à l'adolescence [14].

Dans une autre étude menée sur les adolescentes victimes d'agression sexuelle au Canada à Montréal, après collecte et analyse des données, l'auteur a confirmé que les adolescentes victimes d'agression sexuelle constituaient une population à risque suicidaire et qu'ainsi, il est impératif de s'intéresser aux symptômes dépressifs et particulièrement aux symptômes de stress post-traumatique découlant de l'agression sexuelle vécue dans les traitements de ces victimes [15].

Quant à cette recherche, elle a voulu vérifier auprès des adolescentes victimes de viol si la symptomatologie d'anxiété et de dépression était certaine dans leur profondeur.

Conclusion

En entreprenant cette recherche, notre souci majeur était de vérifier auprès des adolescentes victimes de viol, si la symptomatologie d'anxiété et de dépression est certaine dans leur profondeur. L'analyse globale après collecte et interprétation des données, a relevé que toutes les adolescentes enquêtées ont manifesté la symptomatologie de l'anxiété et de la dépression.

Référence

- [1] Annual report Panzi Foundation DRC (2018): *Exploitation et abus sexuels des enfants en Afrique de l'ouest et du centre*, In https://www.protectioninternational.org/sites/default/files/pi_annual_report_2018_0.pdf, consulté le 20 février 2021, à 15H20'
- [2] Maestens de Noordhout, F. (2013) : *Violences sexuelles en République Démocratique du Congo : Mais que fait la police ? revue interdisciplinaire d'études juridiques*, n° 2013/2, vol 71, pages 213-241.
- [3] Médecins Sans Frontières – MSF, (2021). *RDC : des violences sexuelles endémiques, amplifiées par les conflits, et un manque critique de prise en charge*. RDC : MSFCarl Theunis
- [4] L'Organisation Mondiale de la Santé, (2020) : *La violence chez les jeunes*, Genève : OMS
- [5] Ndiaye I., Bâ I., Lamine Faye P., Habib Thiam M. et Moro M R.(2017) : *Aspects psychologiques et sociaux chez des mineures victimes d'abus sexuels information psychiatrique*, vol 93, pages 243-249.
- [6] Human Rights Watch (2005) : *Violence sexuelle dans la guerre au Congo*, RDC : Human Rights Watch
- [7] Ngongo D.(1999). *La recherche scientifique en éducation*, Louvain-la-Neuve : Bruylant-academia s.a.
- [8] Yawidi, M. JP.(2010) : *Entretien Psychologique*. Bruxelles : Mabiki.
- [9] Grawitz, Z. (1979) : *Méthodes des sciences sociales*, Paris : 4^e éd Dalloz.
- [10] Masiala A., Muluma A., et Mambu, L. (2012) : *Guide du chercheur en sciences humaines*. Kinshasa : Centre Educatif Congolais.

-
- [11] Salmona M. (2013) : *Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte, Association mémoire traumatique et victimologie*,
- [12] Damus O. (2019) : *Les viols en Haïti : aspects psychologiques et sociologiques des crimes sexuels*, Haïti : Universités d'Haïti, études caribéennes,
- [13] Keygnaert I, Gilles C & Roelens K,(2015): Manuel de formation de base sur la violence intrafamiliale et sexuelle destiné au personnel soignant des hôpitaux belges, Gand : In www.researchgate.net/publication/294124689, consulté le 16 aout 2022 à 10h5'
- [14] Lemieux S., Tourigny M., Joly J., Baril K. et Séguin M.(2019) : *Caractéristiques associées à la dépression et aux symptômes de stress post traumatique chez les femmes victimes d'agression sexuelles durant l'enfance, Québec, Revue d'épidémiologie et santé publique*, Paris : Elsevier Masson
- [15] Brabant M.,(2012) : *La dépression et la problématique suicidaire chez les adolescentes victimes d'agression sexuelle : état des connaissances, profils cliniques des survivantes et prédiction des idées suicidaires*, Québec : Université du Quebec à Montréal, service des bibliothèques.