UNIVERSITE D'ABOMEY- CALAVI
(UAC)

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
(FASHS)

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
(DP)

Mémoire de master professionnel

Option : Psychopathologie et Psychologie Clinique

RESSOURCES SOCIOCULTURELLES FAVORABLES A LA RESILIENCE DANS L'ELABORATION DU SYNDROME DE STRESS POST TRAUMATIQUE : A PROPOS DE 125 VICTIMES DE VIOLS ET ABUS SEXUELS, SUIVIES A COTONOU

Réalisé par

AHOTON Melody Carolle

CO-DIRECTRICE DE MEMOIRE
Dr. Ornheilia ZOUNON
Maître de Conférences des Universités (UAC)

DIRECTEUR DE MEMOIRE
Dr. Anselme DJIDONOU
Professeur Titulaire de psychiatrie (UP)

Membres du jury

Président : Dr. Sylvie de CHACUS (Professeur Titulaire/CAMES)
Rapporteur 1 : Dr. Anselme DJIDONOU (Professeur Titulaire/CAMES)
Rapporteur 2 : Dr. Ornheilia ZOUNON (Maitre de Conférence CAMES)
Examinateur : Dr. (MA) Michel MEHINTO (Maitre-Assistant/CAMES)
Note : **17/20**
Mention : **Très bien**
Date de soutenance : 31 juillet 2023

Année Académique2022-2023

DEDICACE

Je dédie ce travail à toute ma famille. Qu'elle trouve à travers cette œuvre le fruit de ses efforts.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail de recherche, j'aimerais tout d'abord exprimer toute ma reconnaissance à :

- mon Directeur de mémoire, Docteur Anselme DJIDONOU, Professeur Titulaire des Universités (CAMES), qui a accepté de superviser ce travail malgré ses multiples occupations ;
- ma Co-Directrice de mémoire, Docteur Ornheilia ZOUNON, Maitre de Conférences des Universités (CAMES) pour les nombreux sacrifices consentis durant toute cette formation ;
- tout le corps enseignant du département de psychologie pour les sacrifices consentis au cours de notre formation ;
- tous les membres du jury pour le temps consacré à l'appréciation de ce travail ;
- mon époux Amen d'Almeida pour le soutien de tous les jours ;
- ma sœur Laurenda AHOTON pour les soutiens sans cesse renouvelés ;
- ma meilleure amie Ramziatou ADEOTI pour sa présence et son amour au quotidien ;
- mes enfants Maélys et Andy pour m'avoir permis de vivre une vie de maman ;
- tous mes collègues de promotion, Dominique MATCHE, Raoul SATONDJI, Marc Fidèle HOUNNOUVI, Wilfried DJOGBENOU, Mahougnan SOSSOU, Théodi AFFOUKOU et René AKOHOU pour la fraternité, l'ambiance et la convivialité pendant la formation ;
- toutes les victimes de viol qui ont participé à cette étude
- tous ceux qui, de loin ou de prêt ont contribué à notre formation et à la réalisation de ce travail infiniment merci.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CIPEC	**:**	Centre Intégré de Prise en Charge
DP	**:**	Département de Psychologie
ESPT	**:**	Etat de Stress Poste Traumatique
FASHS	**:**	Faculté des Sciences Humaines et Sociales
UAC	**:**	Université d'Abomey-Calavi
VBG	**:**	Victimes basées sur le Genre

RESUME

Contexte : Le viol est un événement douloureux qui induit chez les victimes une crise existentielle. Il est à l'origine de souffrances psychiques, psychologiques et physiques. La présente recherche a porté sur l'étude des ressources socioculturelles qui favorisent la résilience dans le processus d'élaboration du trouble du stress post traumatique (TSPT) suite au viol et abus sexuels chez les victimes à Cotonou.

Cadre et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale avec recueil prospectif des données auprès de cent vingt-cinq (125) victimes de viol suivies en entretien à Cotonou de mars 2019 à octobre 2020, ayant renseigné sur leur stress post traumatique, les facteurs associés aux viols et abus sexuels et les ressources socioculturelles de résilience. Une grille d'entretien à laquelle avait été intégré le test d'anxiété de BECK est utilisé pour la collecte des données

Conclusion : Une thérapie centrée sur les ressources socioculturelles renforcerait la résilience des victimes de viol/abus sexuels dans l'élaboration de leur SSPT. L'étude montre également que les victimes devraient éviter : les comportements compromettants, de se retrouver dans les mauvais endroits de Cotonou et d'exécuter des activités à risques.

Mots clés : Stress post traumatique, viol, ressources socioculturelle, résilience, Cotonou.

ABSTRACT

Context: This research focused on the study of socio-cultural resources that promote resilience in the process of developing post-traumatic stress disorder (PTSD) following rape and sexual abuse among victims in Cotonou.

Framework and methods: This is a cross-sectional study with prospective data collection from one hundred and twenty-five (125) rape victims followed in interview in Cotonou from March 2019 to October 2020, having provided information on their post-traumatic stress, the factors associated with rape and sexual abuse and the socio-cultural resources of resilience.

Conclusion: A therapy centered on sociocultural resources would strengthen the resilience of victims of rape/sexual abuse in the development of their PTSD. The study also shows that victims should avoid: compromising behavior, ending up in the wrong places in Cotonou and performing risky activities.

Keywords : Post-traumatic stress, rape, socio-cultural-resources-resilience, Cotonou.

SOMMAIRE

INTRODUCTION _____ 1
CHAPITRE 1 : APPROCHE THEORIQUE DE LA RECHERCHE _____ 3
1.1 REVUE DE LITTERATURE _____ 3
1.2 PROBLEMATIQUE _____ 9
1.3 CLARIFICATION CONCEPTUELLE _____ 13
1.4 JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET _____ 21
1.5 MODELE D'ANALYSE _____ 21
CHAPITRE 2 : MONOGRAPHIE DU CADRE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE _____ 25
2.1 PRESENTATION DU CADRE DE LA RECHERCHE _____ 25
2.2 DEMARCHE METHODOLOGIQUE _____ 29
2.3 DEROULEMENT DE L'ENQUETE _____ 32
2.4 TRAITEMENT DES DONNEES _____ 33
2.5 DIFFICULTES RENCONTREES _____ 34
CHAPITRE 3 PRESENTATION DES CAS ET ANALYSE _____ 35
3.1 Facteurs sociodémographiques _____ 35
3.2 États de stress post traumatique lié au viol et lien avec le violeur _____ 38
3.3 Facteurs associés aux viols et à l'intensité de l'état de stress post traumatique _____ 40
3.4 Ressources socioculturelles de la résilience aux stress post traumatique 43
3.5 PRESENTATION DES CAS CLINIQUES _____ 44
CHAPITRE 4 DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE ___ 52
4.1 L'atteinte des objectifs de l'étude _____ 52
4.2 Limite qualité et validité des résultats _____ 53
4.3 Comparaison des résultats à ceux d'autres auteurs _____ 53
CONCLUSION _____ 59
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES _____ 61
ANNEXES _____ vii
TABLE DES MATIERES _____ xv

INTRODUCTION

Pour D. Denis (2011), le viol a été utilisé dans les conflits comme arme de guerre et outil de répression. Instrument de torture aussi bien utilisé contre les hommes que les femmes et même les enfants. Pour E. Duret (2019), le sujet des violences sexuelles est aujourd'hui source de multiples campagnes d'informations, enquêtes, publications, émissions, documentaire etc. Elles constituent une problématique de santé publique, mais soulèvent des débats sociétaux.

Les victimes après avoir subi cet acte répugnant sont pour la plupart exposées à des troubles de stress post-traumatique qui provoquent chez elles des dysfonctionnements physiques, émotionnels, cognitifs, comportementaux et de la personnalité. Cet état morbide fait basculer dans de nombreux cas le cours de la vie des individus. En effet en plus de la problématique de santé auxquelles sont confrontées les victimes, de graves problèmes sociaux sont aussi soulevées aux seins de l'entourage et dans l'opinion publique provoquant ainsi des réactions émotionnelles intenses, généralement marquées par la colère et l'incompréhension. Cette situation à des répercutions sur l'environnement social et le vécu des victimes tout au long de leur vie. Les traumatismes associés peuvent entraîner des répercussions sur la façon dont les victimes se perçoivent et entrevoient leur monde et leurs relations. La particularité des traumatismes liés au viol est qu'il induit des changements cognitifs qui peuvent être de longue durée et risquent d'avoir des effets sur la capacité des victimes à régler les problèmes, leurs habiletés d'adaptation, leurs relations personnelles, sociales et professionnelles.

Au Benin malgré une amélioration du cadre juridique pour faire reculer cette réalité sociale, le phénomène reste bien présent comme nous avons pu le constater à l'hôpital st Luc de Cotonou. Les victimes sont bien souvent exposées à un état de stress post traumatique dont la prise en charge a permis de déceler l'influence des facteurs socioculturels qui permettent aux victimes de s'en sortir.

C’est au regard de cette situation que nous nous sommes intéressées à cette étude intitulé : **Ressources socioculturelles favorables à la résilience dans le stress post traumatique : à propos de 125 victimes de viol à Cotonou.**

La présente recherche a pour but d’analyser les aspects socioculturels de la résilience des victimes au stress post traumatique à Cotonou. Elle s’articule autour de deux parties : la première sera consacrée sur l’approche théorique et la démarche méthodologique de la recherche, la seconde sur les résultats, leur analyse et ainsi que leur discussion.

CHAPITRE 1 :
APPROCHE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre 1 présente la revue de littérature, la problématique, les hypothèses et objectifs de la recherche, la clarification conceptuelle, la justification du choix du sujet et le modèle d'analyse.

1.1 REVUE DE LITTERATURE

Cette revue s'articule autour de trois axes à savoir : les facteurs liés au viol ou violences sexuelles, les mythes du viol, et la notion du consentement dans l'éducation sexuelle.

1.1.1 Facteurs liés au viol ou violences sexuelles

La reproduction transgénérationnelle de la violence se traduit, chez les garçons, plus généralement par l'adoption de comportements agressifs (M. Seto et M. La lumière, 2010), de comportements de contrôle, de coercition et de domination sur l'autre (A. Abbey *et al.*, 2006). Ces trajectoires de vie violentes, à long terme, dessinent chez certains hommes des personnalités dysfonctionnelles pathologiques comme le trouble des conduites dans l'adolescence, ou, le trouble de la personnalité antisociale à l'âge adulte, ou encore, pour les cas les plus sévères, la psychopathie (R. Knight et J. Sims- Knight, 2003). Un trouble des conduites est marqué par des comportements répétitifs dans lesquels les droits des autres et les normes sociétales ainsi que la loi sont bafoués. Ce trouble des conduites évolue souvent vers l'établissement d'un trouble de la personnalité antisociale. Ces hommes, au profil impulsif, qui présentent souvent une intolérance à la frustration, et un déficit en empathie (R. Lindsey *et al.*, 2001 ; D. Lisak et C. Ivan, 1995), auront tendance à manipuler et à agresser violemment les autres, et à fortiori les femmes (M. Voyer *et al.*, 2009). Ce trouble concerne 6 hommes pour seulement 1 femme, et constitue, avec le trouble des conduites, et

la psychopathie, les profils psychologiques les plus enclins à exercer et reproduire des violences sexuelles.

Par ailleurs, on peut évidemment imaginer à quel point les conséquences d'expériences sexuelles vécues trop précocement viennent marquer les personnalités, et peuvent parfois induire des interprétations de situations et, des comportements dont les effets seront gravement délétères. En effet, une première expérience sexuelle précoce, peut engendrer une hyper sexualisation, une multiplication des partenaires, une sexualité permissive et instrumentalisée. La cyberpornographie, par exemple, induit très souvent des représentations dégradantes de la sexualité, des femmes, de leur corps, et ces codes-là, quasi normalisés, deviennent référence nocive et pour les victimes et pour les agresseurs (K. Blake *et al.,* 2016).

D'autre part, il a été mis en évidence que des facteurs situationnels, comme la consommation d'alcool et de produits stupéfiants, peuvent aussi venir jouer un rôle non moindre dans la perpétuation des violences sexuelles (H. Wechsler *et al.,* 1995). Une consommation d'alcool excessive est d'ailleurs associée à un cas de violence sexuelle sur deux, mais elle est aussi associée à une plus grande gravité des agressions (A. Abbey et al., 2004). Les effets produits par l'alcool peuvent mener à une désinhibition qui vient faciliter, à la fois, les violences de la part de l'agresseur, augmenter son impulsivité, tout en venant réduire les stratégies de défense et d'opposition de la victime.

1.1.2 Facteurs socioculturels liés au viol et à la résilience post traumatique

Thornhill et Palmer (2002), deux chercheurs américains, adoptent une approche évolutionnaire pour expliquer les raisons du viol. Ils partent du postulat selon lequel, « *des insectes aux grands singes, les animaux ne pratiquent pas toujours le sexe consentant* ». Ils en concluent donc que le viol est un effet de la sélection naturelle. Ils posent la question parmi une série d'autres questions :« Pourquoi le viol est-il plus fréquent dans certaines situations (guerre, par exemple) que dans d'autres ? » Ils fournissent une explication par les facteurs environnementaux, mais aussi par une logique des coûts et des bénéfices : « Le viol par des soldats

vainqueurs est commun, parce que les bénéfices sont élevés (de nombreuses jeunes femmes sont disponibles) et parce que les coûts sont bas (les femmes sont vulnérables, et les violeurs anonymes et relativement à l'abri des sanctions contre le viol. »

L. Moswa Mambo (2008), étudie la question de la recrudescence du viol. Elle mobilise la méthode juridique et la méthode sociologique, afin de saisir la dynamique et la vie du droit dans la société. L'auteure analyse les obstacles liés à la poursuite du viol par les victimes et la juridiction.

En outre, elle cite le statut de la femme dans les coutumes ; l'atteinte à la dignité et l'environnement social, comme d'autres obstacles. Quant aux obstacles liés à la poursuite du viol par la juridiction, ils sont imputables aux difficultés pour le personnel judiciaire à établir des preuves, d'après l'auteure.

E. A. Akinade et *al.*, (2010), étudient les facteurs sociaux qui influent sur la perpétuation de viol au Nigeria. Les facteurs sociaux qui influent la propagation de viol au Nigeria, il a été mentionné : le libre déplacement des violeurs dans la communauté, certaines victimes refusent de signaler, d'autres sont soudoyées pour garder le silence, des victimes et leurs familles sont obligées de garder le secret de la criminalité car ils sont menacés par les auteurs, la plupart des incidents se produisent dans des lieux secrets, les témoins crédibles sont rares, certains craignent de corroborer. La pauvreté pousse certaines commerçantes à se rendre à des endroits bizarres (les coins, rues ou parcs automobiles non éclairés), le fait de regarder du matériel pornographique (films, photos et magazines), l'enlèvement des filles, la consommation excessive d'alcool et de drogues, le manque de liens affectifs avec les parents et le manque de synergie dans les initiatives de la société civile. Ces différents facteurs ont été répertoriés comme étant à la base de la propagation du viol au Nigéria.

Les sociologues et chercheurs V. Le Goaziou et L. Mucchielli (2011) étudient également la question de la dénonciation et de la criminalisation du viol. Ces derniers interprètent la dénonciation et la criminalisation croissantes du viol comme le résultat de la traduction d'un long processus de modification des sensibilités. Ils affirment que, pour les chercheurs, l'ampleur de l'augmentation

ne signifie pas un accroissement des viols, mais une plus grande propension des victimes (ou de leurs proches) à déclarer les faits.

Les auteurs faisaient déjà une analyse sociologique du viol en 2010 qui a révélé que le viol à l'instar de l'homicide, est avant tout un crime de proximité. En outre, V. Le Goaziou (2011) stipule que, les victimes de viols commis par des membres de la famille (hors viols conjugaux), sont des mineurs. Selon les auteurs, l'on compte même une grande proportion d'enfants de moins de 10 ans. Les auteurs soulignent une étude des sciences psychologiques (Hamon, 1999) sur les auteurs de violences sexuelles. Cette étude montre qu'il n'y a pas de délinquant sexuel type. L'abuseur sexuel ne peut être défini sous une unique structure de personnalité, fut-elle pathologique. Son acte ne peut donc être compris comme la traduction d'une maladie mentale spécifique.

1.1.3 Notion de consentement dans l'éducation sexuelle

Lorsqu'on cherche à la fois à explorer les mythes du viol qui habitent de façon historique nos sociétés (K. Edwards *et al*., 2011) tout en établissant de nouveaux rapports équilibrés et respectueux entre leurs membres, l'éducation, la prévention et la sensibilisation la plus précoce (C. Ferro *et al.,* 2008), la plus paritaire, et la plus globale paraissent constituer la pierre angulaire sur laquelle on pourrait prendre appui afin de « soigner » cette blessure sociétale. Plus spécifiquement, une éducation à la sexualité, qui soit, à la fois, axée sur la sensibilisation aux dangers des mythes du viol, afin d'en limiter l'adhésion, et qui, en même temps, informe sur la notion de consentement sexuel, et ce, auprès de tout public, semble être une piste d'approche intéressante pour réduire les violences sexuelles dans nos sociétés.

Historiquement, éduquer à la sexualité au milieu du XXIe siècle, c'était avant tout éduquer la jeunesse à devenir de bons couples hétérosexuels adultes, et axer vers la reproduction (E. Devieilhe, 2013). L'arrivée progressive et massive de l'épidémie de sida dans les années 1980 bouleverse l'approche de l'éducation à la sexualité, et n'aborde plus uniquement les aspects informatifs sur la reproduction mais devient préventive des infections sexuellement transmissibles.

Cette épidémie « vient amplement justifier la prévention comme activité d'éducation des individus » (M. Calvez, 2001) et ainsi, la prévention des risques liés à la sexualité, est devenue progressivement le contenu principal de l'éducation à la sexualité. Dès 1988, les insuffisances de la démarche de type informative/préventive vont être critiquées : « Les évaluations de ces actions montrent que les demandes des adolescents portent sur la sexualité et que la réponse du tout biologique et/ou du tout préservatif n'est pas suffisant pour développer des comportements sexuels responsables » (C. Picod, 2001).

C'est seulement en 1996, qu'une circulaire (n°96-100) élargit le champ de l'éducation sexuelle qui est désormais délivrée comme « une éducation à la responsabilité, au rapport à l'autre, à l'égalité entre hommes et femmes » (C. Picod, 2001). En 1998, une nouvelle circulaire définit l'éducation à la sexualité comme étant, certes, inséparable de l'enseignement des données biologiques, mais désormais, elle devra intégrer également les dimensions psychologiques, affectives, socioculturelles et morales de la sexualité (V. Poutrain, 2014). Ainsi, l'éducation sexuelle centrée sur les méthodes de contraception est utile mais n'est pas suffisante.

La définition de ces mythes et leurs illustrations multiples nous font constater que la notion de consentement, centrale dans toute relation, est finalement omise ou très souvent malmenée (F. Coste *et al.,* 2008). En effet, les croyances découlant du mythe du viol, font complètement fi de la notion même de consentement. Le consentement fait partie des liens sociaux qui unissent les individus tel un contrat ; il confère « une validité normative aux promesses et aux contrats qui lient les individus entre eux et leur permet de tisser les relations sociales » (A. Jaunait et F. Matonti, 2012). Il peut se résumer comme un « acte par lequel quelqu'un donne à une décision dont un autre a eu l'initiative l'adhésion personnelle nécessaire pour passer à l'exécution » (G. Fraisse, 2007). Or, le consentement suppose une palette variée de définitions qui peut s'appliquer à divers univers : politique, amoureux, sexuel, social, médical, etc. (A. Perdoncin, 2008 ; G. Fraisse, 2007). Le consentement est aussi, essentiel pour définir la sexualité, puisqu'à lui seul, en fonction de son absence, ou de sa

présence, de sa compréhension ou de son déni, il définit la limite entre une relation sexuelle et un viol.

Les travaux sur le consentement sont rares, et ce concept est encore peu défini scientifiquement. En effet, étudier le consentement sexuel n'est pas chose simple car le consentement sexuel est intime et insaisissable (F. Coste *et al*., 2008), ce faisant, il est difficilement observable. Le consentement ne se manifeste pas uniquement à travers l'expression orale ou écrite, il peut être exprimé par le corps, par un simple acquiescement, un sourire, un geste mais aussi par un silence, par le fait de rester ou de ne pas fuir. Un bon nombre de travaux démontrent qu'il est plus souvent communiqué de façon non verbale que verbale (M. Beres*et al.*, 2004 ; Hall, 1998 ; T. Humphreys, 2007 ; K. Jozkowski et H. Ekbia, 2015). Le consentement est individuel, mais aussi collectif car il est le résultat d'une tension entre l'intériorité et l'extériorité. En effet, faire un choix personnel et raisonné est soumis à un ensemble de normes et au contexte social dans lequel il se produit. Si le consentement suppose une réflexion c'est parce qu'il engendre un dilemme (G. Fraisse, 2007) : Consentir renvoie à des tensions entre liberté et contrainte, entre adhérer et supporter : « consentir à la domination, est-ce y adhérer ou bien la supporter comme un lot quotidien, plus ou moins fatal et plus ou moins modifiable ? » (A. Perdoncin, 2008).

1.2 PROBLEMATIQUE

Les violences sexuelles représentent un problème majeur dans nos sociétés, à la fois pour le séisme psychologique qu'elles représentent pour les victimes (P. Mullen *et al*. 1988), pour les conséquences dramatiques qu'elles entrainent sur le parcours de celles-ci. Ceci tant personnelles (C. Ahrens et E. Aldana, 2012) que médicales (G. Vaiva*et al*. 2008), pour l'incompréhension, la culpabilisation et l'isolement réservés à ces dernières, mais aussi, pour le traditionnel silence autour de ces violences qui induit, l'impunité des auteurs et le silence des victimes (K. M. Edwards *et al*., 2011). Les statistiques policières et judiciaires, les enquêtes de victimisation comme les données associatives (A. Debauche, 2011) révèlent un accroissement des déclarations de violences sexuelles depuis une trentaine d'années. Il est établi que cette hausse est le résultat d'un processus historique de modifications des mœurs et des sensibilités, notamment porté par des luttes sociétales comme celle du mouvement féministe dans les années 1970 dont l'apport théorique et pratique a été capital pour cette avancée (G. Halimi, 2006).

Cette libération de la parole, notamment avec le mouvement #metoo, a débuté en octobre 2017. Après la publication des enquêtes accusant Harvey Weinstein d'agressions sexuelles, l'actrice américaine Alyssa Milano propose de partager les témoignages de violences à caractère sexiste ou sexuel sous l'hashtagmetoo. D'autres mouvements similaires lui succèdent alors, en France notamment avec l'hashtag balance ton porc (mouvement devenu viral sur Twitter lancé par la journaliste française Sandra Muller en Octobre 2017 où elle publie 2 tweets, l'un pour inviter les femmes à dénoncer les violences et leur auteur, le deuxième pour dénoncer elle-même le harcèlement sexuel dont elle a été victime à l'époque et le nom de son auteur).

Ces mouvements ont permis de déculpabiliser certaines victimes en rompant leur isolement et en leur permettant de faire solidarité, mais sont aussi venus déranger l'opinion publique et les diverses formes d'autorité en place, car ils dénoncent non pas des accidents, mais bien tout un système établi de domination masculine,

connu et toléré en silence par un grand nombre d'hommes, connu et subi en silence par un grand nombre de femmes (K. M. Edwards *et al*., 2011).

Ces Hashtags et leur utilisation, à travers le monde entier, viennent faire la démonstration indiscutable que l'égalité des genres n'est pas acquise encore en 2020, et que les violences sexuelles et les viols ne sont pas des faits exceptionnels comme la société aimerait se le donner à croire, mais sont bien très fréquents, touchant toutes les catégories socio professionnelles de la population. Pour N. Le Roux (2020), les facteurs qui génèrent ces violences sont évidemment de plusieurs ordres : expérientiels, situationnels, éducatifs, et sociétaux. Parmi les facteurs expérientiels, découlant de l'expérience vécue et marquant la personnalité dans sa construction, on retrouve un certain nombre de facteurs intrinsèques aux auteurs et aux victimes de violence comme leurs parcours de vie et donc aussi, leurs profils psychologiques. En effet, les expériences traumatiques vécues dans l'enfance comme la carence affective ou la maltraitance, ainsi que l'exposition à la violence conjugale des parents sont autant de facteurs qui conditionnent les futurs comportements de tout individu. Chez les filles, on constate plus fréquemment une victimisation, c'est à dire qu'elles vont chercher à s'adapter au désir et attentes de l'autre, en repoussant sans cesse les limites de ce qui leur parait acceptable, par empathie, par dépit ou par habitude, ou tout simplement car elles ne connaissent pas d'autre modèle à reproduire (M.-H. Gagné et *al*., 2005).

Ces violences, qui existent dans tous les milieux de vie des jeunes adultes (A. Abbey et *al*., 2006), débutent fréquemment à l'adolescence – période où près de 20% de relations sexuelles ne sont pas consenties (C. Williams *et al*., 2014). Elles s'intensifient jusqu'à 24-25 ans et diminuent par la suite. Les femmes étudiantes sont particulièrement à risque (S. Conroy et A. Cotter, 2017). Lorsqu'on appréhende ces chiffres, on fait le constat indéniable que les viols et autres violences sexuelles sont commis par des hommes et les cibles de ces violences sont principalement des femmes.

En France, 3,8% des femmes sont victimes de viol ou de tentative de viol au cours de leur vie, selon une enquête de l'Institut national d'études

démographiques (INED) soutenue par le ministère chargé des droits des femmes. Environ 80 000 viols se produisent chaque année dans l'Union européenne, avec plus de 9 victimes sur 10 femmes, alors que les détenus sont presque tous des hommes (99%) (L'enquête Virage 2015).

En 2018, Human Rights Watch a constaté qu'au Sénégal, les filles sont confrontées à des niveaux élevés de violence sexuelle et sexiste, notamment d'exploitation sexuelle, de harcèlement et d'abus, de la part d'enseignants et autres responsables scolaires. Des élèves ont également violé et abusé sexuellement d'autres élèves. La plupart de ces cas ne sont pas signalés et les auteurs restent souvent impunis. Pour N. Le Roux (2020), les facteurs qui génèrent ces violences sont évidemment de plusieurs ordres : expérientiels, situationnels, éducatifs, et sociétaux. Parmi les facteurs expérientiels, découlant de l'expérience vécue et marquant la personnalité dans sa construction, on retrouve un certain nombre de facteurs intrinsèques aux auteurs et aux victimes de violence comme leurs parcours de vie et donc aussi, leurs profils psychologiques. En effet, les expériences traumatiques vécues dans l'enfance comme la carence affective ou la maltraitance, ainsi que l'exposition à la violence conjugale des parents sont autant de facteurs qui conditionnent les futurs comportements de tout individu.

S.Gaudillat Cautela (2006), expose les enjeux socioculturels qui sous-tendent la qualification du viol au XVIe siècle. A. Leriche (2008) s'engage sur le même chemin en établissant une relation entre l'histoire du viol et la représentation de la féminité. L.Moswa (2008), met particulièrement l'accent sur la recrudescence du viol et les enjeux socioculturels qui empêchent la poursuite de ce phénomène dans un contexte africain de guerre. Cependant, les facteurs qu'elle désigne ne sont pas toujours valables en période de paix. En outre, l'auteure occulte les logiques et attitudes des différentes parties prenantes à la gestion du viol dans la définition des obstacles. Or, ces facteurs sociologiques pourraient s'avérer déterminants dans la gestion de ce phénomène. L'auteure énumère la représentation de la féminité comme facteur lié à la propension du viol.

Au Bénin, les violences basées sur le genre (VBG) concernent la majorité des femmes et des filles : 69% des béninoises disent avoir subi au moins une fois dans leur vie des violences. Les abus sexuels et les viols sont des faits graves et impactent l'ensemble du parcours de vie : ils englobent les souffrances physiques et mentales (Médecins du Monde, 2000).

Depuis le début des années 2000, la République du Bénin a mis en place un arsenal juridique et institutionnel pour promouvoir l'égalité des genres et protéger les droits des femmes et des filles. Une loi promulguée en 2012 portant sur la prévention et la répression des violences faites aux femmes a permis l'élaboration d'un plan d'action pour la lutte contre les violences à l'égard des femmes. Toutefois, les textes de loi restent peu appliqués et le nombre de cas déférés à la justice reste faible. Ceci s'explique notamment par les difficultés que les femmes rencontrent à accéder à la justice, les procédures judiciaires étant méconnues, complexes, longues et couteuses. En 2012, le Président de la République a pris un décret portant création de Centres Intégrés Départementaux de coordination pour la prise en charge des victimes de VBG.

Malgré ces efforts consentis par l'Etat, les actes du viol prennent de plus en plus d'ampleur principalement dans les grandes communes du pays. En effet, à Abomey-Calavi, deux (02) jeunes hommes ont été déposés en prison le mardi 7 septembre 2021. Ils sont accusés de viol collectif. Le samedi 31 juillet 2021, une fille de 13 ans a été victime de viol à Zogbo, dans le 9ème arrondissement de la commune de Cotonou. Face à ces constats, il urge de savoir : quelles sont les Pour répondre à cette question, trois hypothèses sont émises.

1.2.1. Hypothèses de la recherche

- Les facteurs de risques d'agressions sexuelles à Cotonou contribuent la survenue du stress post traumatique chez les victimes ;
- Des ressources socioculturelles sont protectrices et renforcent la résilience des victimes dans l'élaboration du stress post traumatique du viol à Cotonou.

1.2.2. Objectifs de la recherche

1.2.2.1. Objectif général

Etudier les ressources socioculturelles favorables à la résilience dans l'élaboration du stress post traumatique.

1.2.2.2. Objectifs spécifiques

- Evaluer le niveau de résilience favorable à l'élaboration du stress post traumatique chez les victimes de viol suivies à Cotonou
- Décrire les ressources socioculturelles potentialisant la résilience dans l'élaboration du syndrome stress post traumatique chez les victimes de viol suivies à l'Hôpital st Luc de Cotonou ;
- Esquisser un plan stratégique d'aide.

1.3 CLARIFICATION CONCEPTUELLE

Pour permettre la compréhension du sujet, certains concepts sont clarifiés. Il s'agit de : viol, violence sexuelle, traumatisme, et Cotonou.

1.3.1. Violence sexuelle

L'Organisation mondiale de la santé, dans son rapport de 2002 sur la violence et santé, décrit la violence sexuelle ainsi : « 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 en 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 ». Cette définition inclut, entre autres, le viol, c'est-à-dire la pénétration, de force ou par la contrainte, de la vulve ou de l'anus d'une personne, par le pénis, d'autres membres ou un objet. La violence sexuelle est un acte commis à dessein pour infliger une grave humiliation à la victime et porter atteinte à la dignité humaine.

Dans le cas où des tiers sont forcés de regarder l'agression, l'intention est d'intimider cette communauté (McDougall, 1998).

D'autres aspects de la violence sexuelle sont les variantes de l'agression sexuelle, qui peut consister en un contact imposé entre la bouche et le pénis, la vulve ou l'anus (WHO, 2002), ainsi que des actes hostiles sans contact physique, comme le harcèlement sexuel, les menaces et le voyeurisme (K.C. Basile, 2011).

Dans le cadre d'une violence sexuelle, la notion de contrainte correspond à un large éventail de coercition : force physique, intimidation psychologique, chantage ou d'autres menaces, comme la menace de recevoir des blessures, de perdre son travail ou de ne pas obtenir un poste convoité. La contrainte renvoie également aux personnes qui ne sont pas en état de formuler un consentement à cause de l'ivresse, de drogues, du sommeil ou d'une incapacité mentale à comprendre la situation. Ces définitions au sens large figurent dans des traités internationaux. Le Statut de Rome, dans l'article 7(1)(g), déclare : « on entend par crime contre l'humanité l'un quelconque des actes ci-après lorsqu'il est commis dans le cadre d'une attaque généralisée ou systématique lancée contre toute population civile et en connaissance de cette attaque : Viol, esclavage sexuel, prostitution forcée, grossesse forcée, stérilisation forcée ou toute autre forme de violence sexuelle de gravité comparable » (Statut de Rome de la Cour pénale internationale, 2002).

La violence sexuelle est décrite dans les Éléments des crimes : « un acte de nature sexuelle sur une ou plusieurs personnes ou a contraint ladite ou lesdites personnes à accomplir un tel acte par la force ou en usant à l'encontre de ladite ou desdites ou de tierces personnes de la menace de la force ou de la coercition, telle que celle causée par la menace de violences, contrainte, détention, pressions psychologiques, abus de pouvoir, ou bien à la faveur d'un environnement coercitif, ou encore en profitant de l'incapacité desdites personnes de donner leur libre consentement » (Eléments of Crimes, 2015).

Le rapporteur spécial des Nations unies sur le viol systématique, l'esclavage sexuel et les pratiques analogues à l'esclavage en période de conflit armé publie en 1998 un document qui indique que la violence sexuelle est « toute violence,

physique ou psychologique, menée par des moyens sexuels en ciblant la sexualité » (McDougall 1998). On distingue plusieurs types d'infractions sexuelles :

- les agressions sexuelles, qui représentent les attouchements sexuels non consentis et le harcèlement sexuel,
- les viols, dont la définition a changé depuis 1980, et correspondent à tout acte de pénétration en général,
- les atteintes sexuelles sur mineurs de moins de quinze ans,
- l'exhibitionnisme,
- la détention et/ou la diffusion d'images pédopornographiques,
- la corruption de mineur.

Dans le cadre de la présente recherche, la violence sexuelle et le viol sont utilisés comme des mots synonymes.

1.3.2. Culture du viol

La culture du viol est un concept sociologique utilisé pour qualifier un ensemble de comportements et d'attitudes partagés au sein d'une société donnée qui minimisent, normalisent voire encouragent le viol. Cette culture, comme les autres usages sociologiques du terme culture, renvoie à l'idée que dans une société donnée, les gens partagent des idées, des croyances et des normes sociales. Dans le cas de la culture du viol, ce bagage culturel partagé est perçu comme permettant, voire encourageant le viol. De plus, la culture du viol est vue de façon graduelle, allant de l'institutionnalisation du viol jusqu'à sa sanction. Dans sa forme la plus polarisée, la culture du viol se manifeste par le fait, par exemple, que les femmes sont la propriété des hommes qui leur refusent tout respect ainsi que le droit de contrôle et de maîtrise de leur propre corps (G. Ritzer et J. M. Ryan, 2010). Dans ce cas prévalent des attitudes et des pratiques qui approuvent le viol (J. Nicoletti *et al.,* 2009) considéré alors comme un fait normal.

L'expression « culture du viol » est apparue aux États-Unis lors de la seconde vague du mouvement féministe, plus précisément au sein du féminisme radical, et a été ensuite attribuée à la culture américaine contemporaine dans son intégralité (M.D. Smith, 2004).

Dans les années 1970, des féministes avaient commencé à engager des efforts de prise de conscience visant à éduquer le public sur la fréquence du viol. Auparavant, selon la professeure de psychologie canadienne Alexandra Rutherford, la plupart des Américains supposaient que le viol, l'inceste et les violences conjugales envers les femmes constituaient des faits rares. Se référant à un passage de l'ouvrage de Flora Davis (1960), *Moving the Mountain*, A. Rutherford écrit : « *Until the 1970s, most Americans assumed that rape, incest, and wife-beating rarely happened* » (A. Rutherford, 2011 : 345). L'idée d'une culture du viol posa comme principe que le viol était un fait habituel dans une telle culture et qu'il était une des manifestations extrêmes du sexisme et de la misogynie normalisée dans la société. Dans ce contexte, le viol est redéfini comme un crime lié à la violence plutôt que considéré comme relevant du sexuel. Au lieu de se focaliser sur la recherche du plaisir sexuel, le viol se cristalliserait en effet sur la domination masculine, l'intimidation et le sentiment de contrôle sur les normes liées aux genres (S. Brownmiller, 1993 ; K. Maschke, 1997 ; A. Chasteen, 2001). On commença de plus à considérer le viol du point de vue de la victime et non plus de l'agresseur (K. Maschke, 1997).

Dès 1971, Susan Griffin affirme dans *Rape : The All-American crime*, que puisque le viol est absent de certaines cultures comme le montre Margaret Mead, « loin de croire que le contrôle du viol est appris, les comparaisons avec d'autres cultures nous amènent à soupçonner que, dans notre société, c'est le viol lui-même qui est appris. […] Le viol n'est pas un acte isolé qui peut être éradiqué du patriarcat sans en terminer avec le patriarcat lui-même ».

En 1974, Noreen Connell et Cassandra Wilson des New York Radical Feminists emploient l'expression « culture du viol » dans leur livre *Rape: The First Source book for Women*. Cet ouvrage est l'un des premiers à proposer des récits de viol à la première personne et contribue à sensibiliser le public à cette question (H.

Benedict, 1998). Le groupe y déclare : « notre but ultime est d'éliminer le viol et ce but ne peut être atteint sans une transformation révolutionnaire de notre société » (NovDec, 1974). Les auteures entendent démontrer que le viol constitue un crime plus commun que ce qu'on croit (A. Richard, 1998). Le terme est popularisé en 1975 par le documentaire américain Rape culture (Wiki gender, 2015).

La présente recherche s'inscrit dans la définition de E. Buchwald*et al.,* (1993), qui, pour la définir, consiste à donner à penser dès l'enfance qu'il est normal que les femmes servent à satisfaire les désirs et pulsions des hommes, quelles qu'en soient les formes, sans que l'on se préoccupe au même instant des désirs et des attentes de ces dernières supposées s'en trouver de toute façon satisfaites. Par extension, cette culture du viol s'étend à tous les domaines du fonctionnement de la société, travail, santé, vie familiale, vie politique et culturelle, etc. Elle prend alors la forme plus discrètement insupportable d'un patriarcat dominateur dans lequel les femmes sont placées et maintenues dans des positions d'infériorité. Lorsqu'elles parviennent à s'en extraire, elles sont jugées, par la société dans son ensemble, pour leur manque de subordination au modèle imposé.

Cette culture banalisée, parfois même, valorise l'hostilité et donc les agressions physiques et sexuelles à l'égard des femmes. On s'aperçoit alors rapidement que, dans une société régie par une telle culture, les victimes ne peuvent pas se plaindre, puisqu'elles sont considérées comme responsables, ou coupables d'emblée. De même les auteurs de violences ne peuvent pas prendre conscience de la gravité de leurs agissements puisqu'ils ne sont jamais informés, jamais inquiétés, valorisés parfois et encouragés même.

1.3.3. Viol

Le viol est l'acte par lequel une personne est contrainte à un acte sexuel (le plus souvent un rapport sexuel) par la force, la surprise, la menace, la ruse ou, plus largement, par l'absence de consentement. Au XXIe siècle, le viol constitue un

crime dans la plupart des législations ; l'imposture ou le dol constituent en général, ainsi que la violence, un élément d'appréciation du viol.

La définition du terme « viol » peut être plus ou moins large selon les pays (ONU Femmes, 2012). Ainsi, dans le droit français, le viol est une agression sexuelle impliquant, selon l'article 222-23 du Code pénal, « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise », la notion de non-consentement n'étant pas exprimée. Dans certains pays comme l'Allemagne et le Canada, des définitions plus larges sont adoptées. Au Canada, l'infraction de viol a été abolie et remplacée par le crime d'agression sexuelle, notamment pour mettre l'accent sur la dimension violente de l'acte et pour inclure toute forme d'attouchement sexuel non consenti. En France, le criminel s'expose à une peine allant de 15 ans de prison ferme jusqu'à l'emprisonnement à perpétuité (par exemple en cas de récidive ou si le viol est accompagné de tortures).

Le viol n'a pas toujours été puni, et il existe toujours des sociétés où il est toléré comme en Inde par exemple, voire non défini juridiquement. Même lorsqu'il est reconnu comme un crime, il n'est pas toujours défini par la violation du consentement de la victime. Ce qui a longtemps été puni (et ce qui l'est encore dans certaines sociétés), c'est plutôt le fait d'avoir des rapports sexuels avec une femme mariée avec un autre, ou avec une femme pas encore mariée. À l'époque moderne, le viol par contrainte physique est punissable par la loi dans la plupart des sociétés. Quant à la contrainte psychologique, peu de législations la retiennent pour définir le viol. L'agression sexuelle par contrainte psychologique peut être considérée comme un crime fréquent dont la prévention comme la répression connaissent des difficultés dans tous les pays. Selon un rapport de 2010 de l'Office des Nations unies contre les drogues et le crime et une étude de l'Organisation mondiale de la santé de 2017, la plupart des viols sont commis par des hommes et la plupart des victimes sont des femmes, la même proportion existant pour les violences conjugales et les agressions sexuelles.

Le présent travail s'inscrit dans la définition de l'OMS (2002), qui le définit comme est 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. 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. Lorsqu'il y a viol d'une personne par deux ou plusieurs agresseurs, on parle de viol collectif ».

1.3.4. Traumatisme

Le terme traumatisme, du grec ancien *traumatismos*, action de blesser, emprunte à la terminologie chirurgicale. Appliqué à la psyché, le traumatisme psychologique signifie la transmission d'un choc violent par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques, transitoires ou durables (N. Chidiac et L Crocq, 2010).

Pierre Janet (1859-1947), philosophe, psychologue et psychiatre français à la Salpêtrière, conçoit l'activité psychologique comme une activité d'association, de synthèse. En 1889, dans *L'automatisme psychologique*, il explique que la conséquence du traumatisme psychique est une « dissociation de la conscience ». En effet, l'expérience traumatique, qui pénètre le psychique par effraction, va s'y loger sous la forme d'une souvenance (construite d'éprouvés et de ressentis bruts, en dehors de tout langage), tandis que le reste de la conscience, faite d'images et de pensées élaborées, va continuer à fonctionner normalement. Le « corps étranger », agissant tel un parasite, sera à l'origine ultérieurement de symptômes incontrôlés et inadaptés (des hallucinations, des cauchemars, des sursauts, etc.). Freud reprendra plus tard les mêmes hypothèses mais utilisera le terme de « réminiscence » pour désigner ce que Janet appelait la souvenance traumatique (L. Crocq, 2004).

En 1921, Freud développe dans son essai Au-delà des principes du plaisir, sa théorie sur les aspects dynamiques du trauma. Le psychisme est décrit comme une vésicule vivante, en remaniement constant, qui assure la protection de l'appareil psychique des excitations nuisibles (les stresseurs) par une couche

externe appelée « pare excitation ». Le sujet confronté à un facteur de stress va mobiliser ses ressources énergétiques afin de se défendre et renforcer cette membrane protectrice : la vésicule sera partiellement écrasée, déformée, par le choc mécanique externe, mais restera intacte lorsque la pression diminuera, l'appareil psychique reprenant sa forme initiale et son fonctionnement normal. Lorsque l'excitation est trop intense, elle va faire effraction dans la vésicule, pénétrer dans le « pare excitation » : on parlera alors de traumatisme. L'appareil psychique se retrouvera marqué définitivement par le traumatisme (N. Chidiac et L Crocq, 2010). En fonction des ressources du sujet et de sa capacité à les mobiliser à un instant t, l'évènement potentiellement traumatisant fera effraction (fera trauma) ou non.

Par la suite, d'autres psychanalystes cliniciens se sont intéressés à un autre aspect du traumatisme psychique, celui de « absence de signification ». Autrement dit, certains évènements font trauma parce qu'ils confrontent, brusquement et de façon inattendue, le sujet au réel de la mort. L'individu vit au quotidien une réalité déformée, construite autour de représentations mentales, de soi, de l'autre, du monde, en lien avec notre histoire personnelle, notre culture, notre langage (E. Duret, 2019). L'évènement traumatique violent va brusquement confronter le sujet à une réalité inconnue, sans représentation préalable, car jamais présentée auparavant, jamais vécue, jamais élaborée : la mort. Face à cette agression sur laquelle il ne peut ni mettre de sens, ni exercer un contrôle, l'individu est brutalement et dramatiquement confronté à l'éventualité de sa propre disparition ou de ceux qui l'entourent. Cette rencontre avec réel de la mort lui fait vivre une expérience d'effroi, un pressentiment de destruction totale, de néantisation. Il s'agira d'une perception, une sensation, jamais un discours (F. Lebigot, 2009).

Ainsi, si le stress est une réaction adaptative invariable de l'organisme, de mobilisation de ressources internes dans un but de protection et défense de l'individu, le trauma lui, rend compte d'un dépassement de ces ressources (on parlera de stress dépassé), avec une effraction brutale et sidérante du psychisme, à l'origine d'une blessure, dont les séquelles pas nécessairement visibles, pourront entrainer des pathologies psycho traumatiques.

1.4 JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET

Sur le plan international, plus de six femmes sur dix sont victimes d'une forme de violence physique et/ou sexuelle dans leur vie. Une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé révèle que sur les cas de 24 mille femmes dans 10 pays, des cas d'abus physiques et/ou sexuels d'un partenaire ont été recensés dans une moyenne qui vacille entre 30 et 60%. La violence contre les femmes et les filles est ainsi l'une des causes principales de décès et d'incapacité pour la tranche féminine des 16-44 ans (source : Etude multi pays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes, 2005). Malgré quelques progrès enregistrés dans certains pays dans le combat pour éradiquer la violence contre les femmes et les filles, l'étude approfondie de 2006 du Secrétaire Général des Nations Unies sur ce sujet constate de façon inquiétante que dans trop de pays le viol est toujours une réalité. Aussi, 102 pays ne possèdent pas encore de repères juridiques pour punir la violence domestique et 52 nations ne condamnent pas le viol marital.

Les violences faites aux femmes constituent un problème crucial de développement qui affecte la femme jusque dans sa dignité. Le nombre de femmes violentées en Afrique, en général, au Bénin en particulier, n'est pas négligeable. En effet, l'étude commanditée par le Ministère de la Famille des Affaires Sociales, de la Solidarité Nationale, des Handicapés et des Personnes de Troisième Age sur les violences faites aux femmes sur le plan national a révélé que : sur environ 52% de la population que constituent les femmes, 69% ont déclaré avoir subi des violences au moins une fois dans leur vie.

L'intérêt de ce travail est de contribuer à la lutte contre le viol fait aux femmes à travers une analyse du stress post traumatique du viol, les aspects socioculturels de la résilience des victimes.

1.5 MODELE D'ANALYSE

Le modèle d'analyse adapté dans le cadre de ce travail est la phénoménologie. La phénoménologie (du grec : (phainómenon), « ce qui apparaît » ; et (lógos), «

étude ») est un courant de pensée du XXe siècle fondé par Edmund Husserl dans l'optique de faire de la philosophie une discipline scientifique. Elle tire son nom de sa démarche, qui est d'appréhender la réalité telle qu'elle se donne, à travers les phénomènes. Elle fait de la philosophie l'étude systématique et l'analyse de l'expérience vécue, des contenus de conscience et des structures des faits de conscience (M. Blay, 2013), comme étant eux-mêmes des phénomènes de la pensée qui se pense elle-même et pense le monde.

C'est dans sa première œuvre majeure, Recherches logiques (1900-1901), que Husserl, en rupture avec le psychologisme et en opposition à la métaphysique, fonde la phénoménologie comme science destinée à donner un fondement aux sciences de la nature, qu'il juge insuffisantes à « élucider le rapport de l'homme au monde » (E. Housset, 2010 : 14).

La phénoménologie telle qu'on la connaît aujourd'hui s'étend au sein d'un cercle de disciples dans les universités de Göttingen et Munich en Allemagne (Edith Stein, Roman Ingarden, Martin Heidegger, Eugen Fink, Max Scheler, Nicolai Hartmann), et se propage rapidement à l'étranger, en particulier en France (grâce aux traductions et travaux de Paul Ricœur, d'Emmanuel Levinas, de Jean-Paul Sartre, de Maurice Merleau-Ponty) et aux États-Unis (Alfred Schütz et EricVoegelin), souvent avec une très large prise de distance critique par rapport aux premiers travaux de Husserl, mais sans jamais que soit abandonnée sa volonté fondamentale de s'en tenir à l'expérience vécue.

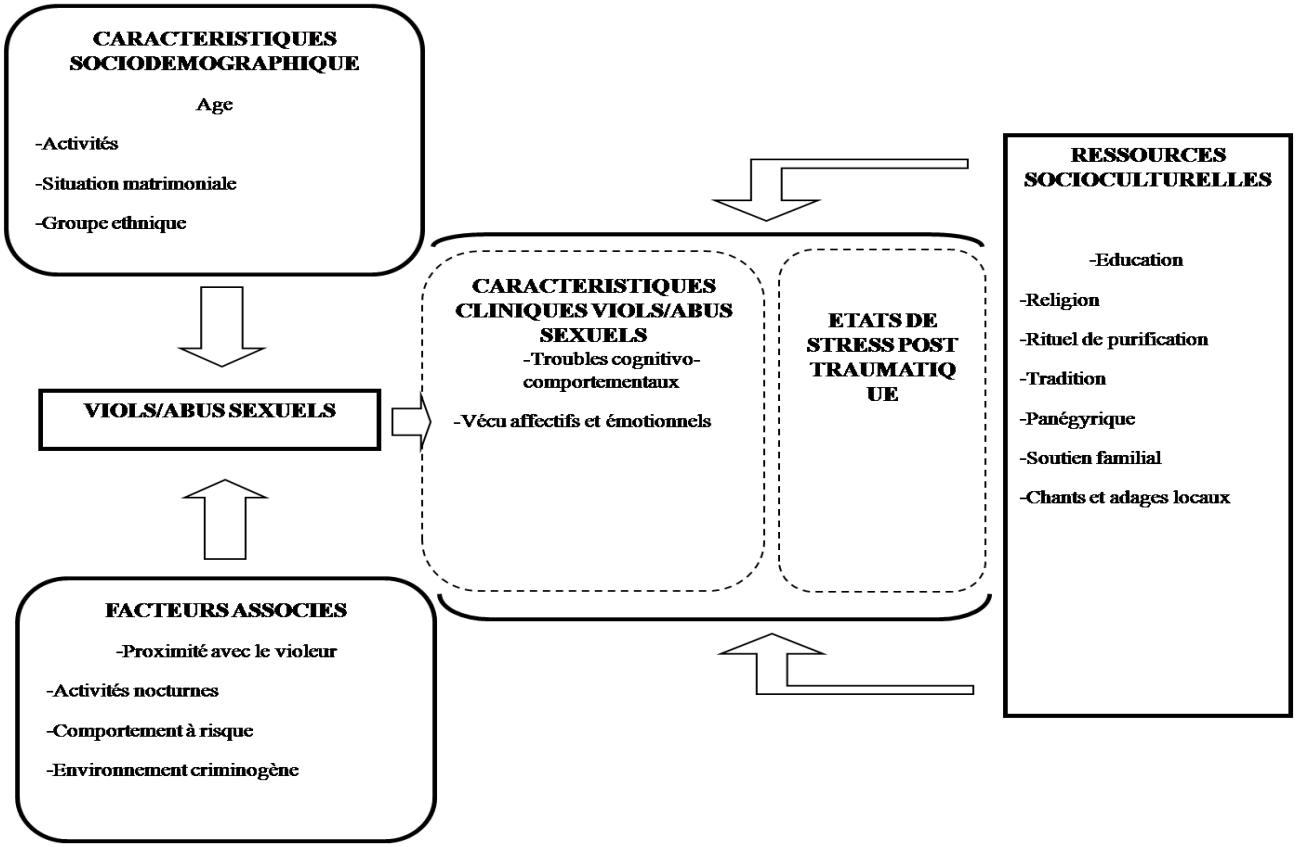
Il n'y a pas à s'étonner de la grande variété de formulations de ce courant de pensée, qui ressortit à sa nature même cherchant à exprimer les aspects spécifiques de chacun de ses domaines d'étude1. La phénoménologie constitue l'une des traditions principales de la philosophie européenne du XXe siècle. Elle a en outre inspiré de nombreux travaux hors de son champ philosophique propre tels que la philosophie des sciences, la psychiatrie, l'esthétique, la morale, la théorie de l'histoire1, l'anthropologie existentiale (D. Moraldo, 2010).

La phénoménologie vise à se débarrasser de toute théorie préalable, de toute préconception et se soucie exclusivement de « faire droit à la chose même, [car], le voir ne se laisse pas démontrer ni déduire » (E. Levinas, 1988 :112), en s'en

tenant scrupuleusement à la façon dont la chose se donne selon le principe « *Zu den Sachenselbst* » (M. Heidegger, 1986 : 54).Si l'être est le phénomène par excellence [...] alors la phénoménologie devrait le faire voir [...] tel qu'il se montre à partir de lui-même, c'est-à-dire ne pas chercher à l'extraire de sa dissimulation, mais le montrer dans cette dissimulation même écrit S. Gourdin (2017).

Dans sa volonté de saisir le sens du monde en écartant tous les préjugés comme en renonçant à se situer dans un monde prédominé ou préformé, « la phénoménologie ne rejoint pas une rationalité déjà donnée, elle l'établit par une initiative qui n'a pas de garantie dans l'être et dont le droit repose entièrement sur le pouvoir effectif qu'elle nous donne d'assumer notre histoire [...] la phénoménologie comme révélation du monde repose sur elle-même se fonde sur elle-même. Car elle ne peut s'appuyer comme les autres connaissances sur un sol de présuppositions acquises. Il en résulte un redoublement infini d'elle-même [...] Elle se redoublera donc indéfiniment, elle sera comme le dit Husserl un dialogue ou une méditation infinie et dans la mesure où elle reste fidèle à son intention, elle ne saura jamais où elle va » écrit B. Waldenfels 1994 : 72) dans sa contribution. Bien que la conception du monde puisse être socialement partagée à travers un groupe social donné, il existe un décalage entre la compréhension et les signifiants de chacun qui est tel que personne ne perçoit les réalités sociales exactement de la même façon. Schütz considère que les différentes situations biographiques rendent la compréhension plus ou moins difficile lors des interactions sociales et ce, selon la proximité culturelle que présentent deux sujets (J. Melançon, 2008). Cette théorie a permis de comprendre les vécus du stress post traumatique du viol des patientes.

1.6. CADRE CONCEPTUEL



Schema: du Cadre conceptuel de l'influence des ressources socioculturelles dans l'elaboration du stress post traumatique chez les victimes de viols et abus sexuels à cotonou

CHAPITRE 2 :
MONOGRAPHIE DU CADRE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

Dans ce chapitre 2, il est question de présenter le cadre d'investigation ainsi que l'approche méthodologique adoptée pour le compte de cette recherche. Il s'agit d'abord d'exposer le cadre de la recherche ainsi que la justification du choix de ce cadre ; ensuite de révéler la nature de la recherche, la population cible, l'échantillonnage, les techniques et outils de collecte de données, les techniques de traitement et d'analyse des données ; et enfin de faire part des difficultés rencontrées au cours de cette recherche.

2.1 PRESENTATION DU CADRE DE LA RECHERCHE

L'hôpital saint Luc, est une institution confessionnelle à but non lucratif. Elle est installée dans la ville de Cotonou au quartier sainte Rita. Avant d'y accéder, voici une brève présentation de la ville de Cotonou.

2.1.1 Bref présentation la ville de Cotonou

L'aire de couverture de cette recherche est la commune de Cotonou. Elle est située sur le cordon littoral dont elle tire son nom de département du Littoral, issu du dernier découpage administratif du Bénin du 15 janvier 1999. Le département du Littoral était une sous-préfecture de l'ancien département de l'Atlantique, qui lui-même vient du découpage territorial de 1958 où le pays comptait six provinces issues du découpage colonial français. Avec une superficie de 79 km² (0,07% du territoire national), le département du Littoral est le plus petit des douze départements que compte aujourd'hui le Bénin. Situé au croisement des 6°20 de parallèle Nord et de 2°20 méridiens Est, ce département est limité par le lac Nokoué au nord, l'océan Atlantique au sud, la commune de Sèmè-Kpodji (du

département de l'Ouémé) à l'Est et la commune d'Abomey-Calavi (du département de l'Atlantique) à l'ouest. C'est le seul département du pays qui compte une seule commune, avec 13 arrondissements et 143 quartiers de villes.

Cotonou est la capitale économique du Bénin et concentre à elle seule presque toutes les fonctions administratives et Politiques du pays. La population du département du Littoral dénombrée au RGPH4 de mai 2013 est de 679 012 habitants contre 665 100 habitants en 2002. Le Littoral est un département cosmopolite où cohabitent plusieurs groupes culturels. Toutefois, les Fɔn et apparentés (56,5%), les Adja et apparentés (17,7%) et les Yoruba et apparentés (10,9%) constituent les trois groupes culturels d'importance démographique appréciable.

Les populations du Littoral sont essentiellement catholiques (51,2%), musulman (16,9%). Les autres chrétiens et les célestes sont respectivement (12,2%) et (5,7%).La figure 1 présente la situation géographique de la commune de Cotonou

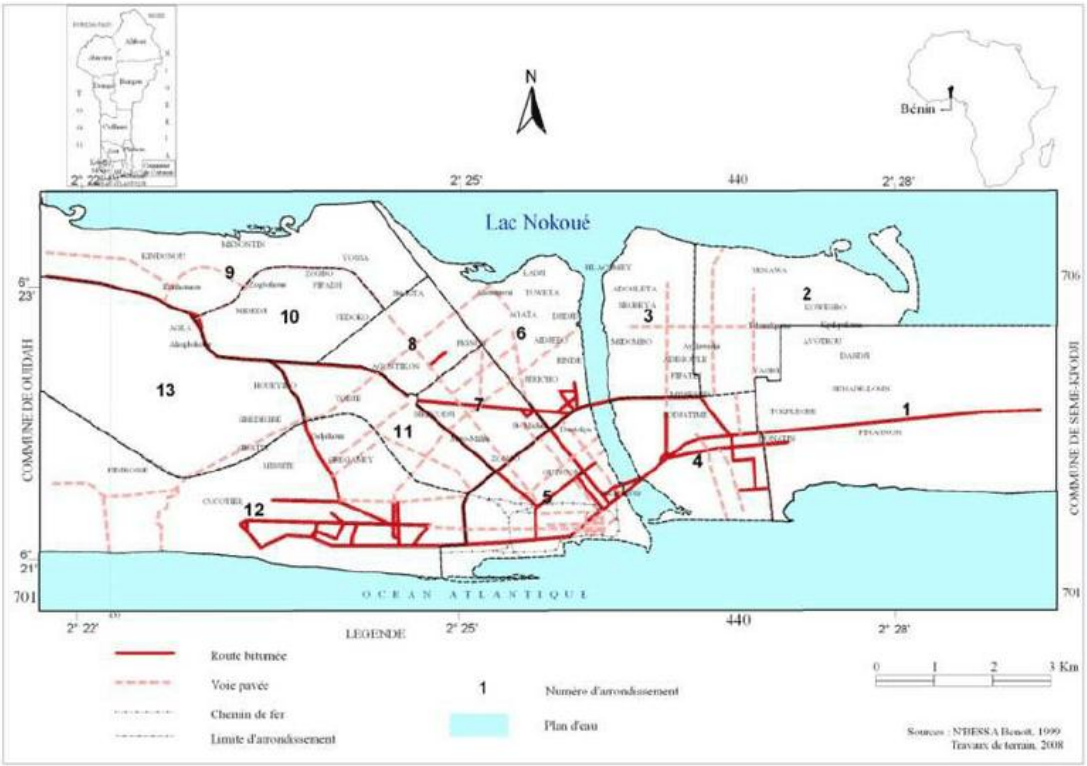


Figure 1: Carte géographique de la commune de Cotonou

Source : Travaux de terrain, 2019

2.1.2 Présentation de l'hôpital saint Luc de Cotonou

L'hôpital saint Luc est un établissement confessionnel à but non lucratif au grand bonheur des pauvres situés à sainte Rita, inauguré le 02 avril 1990. Cet établissement a vu le jour au cours d'une période ou le bénin traversait une crise économique et sociale très importante, marquée entre autres par une faillite du système publique de santé. Le pays était sous ajustement structurel avec un blocage de recrutement dans la fonction publique. Les populations avaient difficilement accès aux soins de santé. Monseigneur Isidore de SOUZA alors qu'il était encore curé de la paroisse sainte RITA de Cotonou ; n'est pas resté indifférent face aux drames que vivait la population. Assisté par ses proches collaborateurs et aidé par la CEBEMO (Organisation Néerlandaise Catholique pour la Coopération et le Développement). Il a créé le Centre Médical Saint Luc (CMSL) en plein cœur de Cotonou, dans un quartier populeux ou n'existait aucune structure sanitaire ; ce centre médical était animé par seize (16) employés dont deux médecins et disposait de douze (12) lit d'hospitalisation. Très tôt, le dispensaire est débordé par la sollicitation de la population de Cotonou ; ce qui a nécessité son extension grâce à l'appui d'un partenaire espagnole « INTERMOON ». Ce centre a acquis de nos jours le statut d'hôpital du fait de son évolution, sa place dans le système de santé et son plateau technique. Depuis 1998, on y rencontre déjà la plupart des spécialités médicale et il devient un hôpital de référence pour les centres de sante environnants. Le centre de santé à vocation humanitaire saint Luc dispose en son saint de cent vingt (120) lits et de trois grands bâtiments dans laquelle se déroulent les activités de soins.

L'Hôpital saint Luc, patrimoine de l'archidiocèse de Cotonou constitue un instrument précieux de la pastorale de la santé de l'église catholique. Sa philosophie est de témoigner d'une médecine au service de l'homme et de tout l'homme de la vie selon la morale chrétienne et l'esprit de l'évangile. Il a pour mission aussi d'amener les laïcs de l'église à témoigner de leur foi à travers leur engagement à se mettre au service des pauvres et des malades en leur préservant un accueil exemplaire et permettre l'accès aux soins de santé aux populations

pauvres et vulnérables. Enfin offrir des soins de qualité dans une approche éthique responsable. L'hôpital Saint Luc œuvre pour l'amélioration de la santé de la population. Il rend accessibles les soins et les médicaments a la population en l'éduquant à l'esprit de prévention et de participation aux soins et ensuite participe à la couverture sanitaire en respectant les principes éthiques de l'église catholique.

L'Hôpital est sous la tutelle de l'archevêque de Cotonou. Sa gestion est confiée depuis le début a des équipes successives de laïcs jusqu'en octobre 2016. Depuis lors, le fonctionnement de l'Hôpital est assuré par une équipe sacerdotale. L'hôpital comprend, en plus des départements administratifs et financiers, à ce jour vingt-deux (22) départements que sont :

- la médecine générale ;
- l'endoscopie digestive ;
- l'ophtalmologie ;
- la cardiologie ;
- la psychiatrie et la psychologie ;
- la dermatologie ;
- l'oto-rhino-laryngologie ;
- la maternité ;
- la pédiatrie ;
- la chirurgie générale ;
- l'anesthésie- réanimation ;
- la stomatologie ;
- la kinésithérapie ;
- l'imagerie médicale ;
- le laboratoire d'analyses biomédicales ;
- la prestation sociales et PMI (protection maternelle et infantile) ;
- l'orthophonie ;
- la neurologie ;

- l'orthopédie ;
- la rhumatologie ;
- l'urologie ;
- la pharmacie diocésaine ;

L'existence de ces services, permet de réaliser de façon efficiente l'ensemble des objectifs fixés par le clergé béninois à l'hôpital. Ces différents services sont animés par un personnel composé de deux cent trente-huit (238) agents permanents toutes catégories confondues et cinquante-trois (53) collaborateurs extérieurs.

2.2 DEMARCHE METHODOLOGIQUE

La méthodologie peut être définie comme l'ensemble des méthodes, des procédés et des règles permettant de choisir les outils adaptés à une analyse des données. Elle permet au chercheur de contrôler la qualité de ses recherches et de répondre à ses objectifs. Il est développé dans les paragraphes suivants, le processus qui a permis de choisir l'échantillon et les techniques et outils de collecte des données après avoir présenté la nature de la recherche.

2.2.1. Nature de la recherche

La nature de cette recherche est mixte et est basée sur le vécu et les ressentis des victimes de viol à Cotonou.

2.2.2. Groupe cible et Echantillonnage

2.2.1.1 Groupe cible

La population enquêtée est composée des victimes de viol suivies à l'hôpital Saint Luc de Cotonou.

2.2.1.2 Echantillonnage

L'échantillonnage est une opération par laquelle on applique à la population générale des enquêtés, une ou des méthodes d'échantillonnage en vue de retenir l'échantillon des groupes cibles à enquêter. Dans la présente étude nous avons utilisé une technique à choix raisonné. L'échantillon enquêté est : 125victimes de viol, retenues suivant les critères ci – après :

- Critères d'inclusion
  - Avoir été victime d'un viol
  - L'antériorité du viol ne doit pas excéder 6 mois
  - Avoir donné son accord pour participer à la recherche
- Critère d'exclusion
  - Ne pas avoir suivi le protocole thérapeutique
  - Ne pas avoir donné son accord pour participer à la recherche
- Critère de non-inclusion
  - Avoir été victime de viol, mais estimer non nécessaire d'en parler

2.2.3. Techniques de collecte des données

Compte tenu du caractère qualitatif de la présente recherche, elle renvoie à l'usage des techniques et d'outils de collecte appropriés. Ainsi, la collecte des données empiriques sur le terrain de recherche s'est faite au bénéfice de l'observation directe, de l'entretien et l'administration de test.

2.2.1.3 Observation directe

L'observation directe est décrite comme une observation où le chercheur est présent sur le terrain. A partir d'une grille d'observation, il note, décrit les comportements des acteurs au moment où ils se produisent, tels que les conduites des jeunes et des formateurs. L'observation consiste donc à regarder sur une période donnée des comportements ou des événements et à les enregistrer (P.

N'da, 2002). Cette technique est utile dans le sens où elle a permis d'identifier la manifestation des comportements. Elle a permis également de confronter les observations avec les « dires » des acteurs.

2.2.1.4 Entretien semi-directif

Pour comprendre et saisir le sens que les acteurs donnent à leurs actions, il faut nécessairement faire un détour par ce qu'ils ont en tête. Compris dans ce sens, seul l'entretien reste la technique la plus appropriée. Il est une série de questions prédéterminées par le chercheur en vue de récolter les témoignages et les interprétations des interlocuteurs en respectant leurs propres cadres de référence : leurs langages et leurs catégories mentales. Selon l'objet de cette recherche, l'entretien semi directif a été utilisé et a consisté à laisser s'exprimer autant que faire se peut les interviewés en référence à une série de préoccupations formulées en thème, en sous-thème et en question prédéterminées qui servent de guide d'entretien.

2.2.4. Outils de collecte de données

Trois outils de collectes de données ont été utilisés pour la collecte des informations. Il s'agit de :

2.2.1.5 Grille d'observation

Le fait d'utiliser un intermédiaire méthodique (la grille) aide à rendre crédible l'observation ; à faire de celle-ci une observation « objective ». En plus, observer plusieurs situations avec la même grille d'une manière systématique, constitue une garantie pour la valeur des faits présentés. L'intermédiaire technique assure dans ce cas aux données une fiabilité instrumentale certaine.

Pour les besoins de cette étude, la grille d'observation s'attache à observer les éléments ci-après : le non verbal lors des entretiens, la présentation physique des

patientes, les réactions face à certains stimuli (au cours de l'entretien lorsque sont évoqués les contextes de l'événement traumatique).

2.2.1.6 Guide d'entretien

Le guide d'entretien est un document qui regroupe l'ensemble de vos questions à poser ou vos thèmes à aborder lors d'une entrevue. Le guide d'entretien a été élaboré à cet effet, dans la collecte des différentes informations compte tenu de l'aspect qualitatif de cette recherche.

Dans le cadre de cette recherche, elle aborde plusieurs aspects : l'identification personnel, le profil social et psychologique des patientes, les symptômes constituant le stress post-traumatique, les éléments socio-culturels de faire face et de résilience.

2.2.4.3. L'inventaire d'anxiété de BECK

C'est une liste de vingt et un symptômes d'anxiété développés auprès de grands échantillons clinique. Le questionnaire est destiné à recueillir des informations nécessaires au traitement. C'est une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Il s'agira de lire chaque item et d'indiquer en encerclant le chiffre approprié. Aussi il a permis également d'apprécier la régression ou non des symptômes à travers l'usage des ressources socioculturelles.

2.3 DEROULEMENT DE L'ENQUETE

Cette étape est subdivisée en deux phases à savoir : la phase de pré-enquête et celle de l'enquête proprement dite.

2.3.1. Pré-enquête

Cette étape a permis de vérifier les hypothèses et objectifs de la recherche. Elle a permis également de tester les outils de collecte de données.

2.3.2. Enquête proprement dite

Elle s'est déroulée en septembre 2021 de façon continue et a permis de collecter des données grâce aux outils préalablement élaborés, corrigés et réadaptés après la pré-enquête ; mettre en confiance les informateurs ; observer, d'approfondir des faits et de permettre la prise de notes ; administrer définitivement des guides d'entretien destinés aux unités de l'aire d'enquête et de collecter systématiquement des données grâce à des outils élaborés par le chercheur.

2.4 TRAITEMENT DES DONNEES

Les méthodes de traitement regroupent l'ensemble des opérations effectuées sur les données pour les rendre intelligibles. Les diverses informations recueillies lors des enquêtes effectuées sont sous deux formes. Il s'agit des données qualitatives présentées sous forme verbale (notes des entretiens ou des observations faites) et des données quantitatives obtenues à l'issue de questionnaire.

2.4.1. Analyse des données

L'analyse des données consiste au dépouillement et à la synthèse de toutes les données obtenues selon les étapes ci-dessus. Le dépouillement s'est fait manuellement et les données sont catégorisées selon les centres d'intérêt notamment les caractéristiques sociodémographiques, les facteurs de risque associés au viol et les ressources socioculturelles favorisant la résilience des victimes. La saisie et la réalisation des tableaux, figures et graphiques ont été faites à l'aide du logiciel Word et Excel. Etant donné que la base d'information psychologique recueillie repose essentiellement sur le discours, les commentaires et les opinions, les textes recueillis aussi bien par l'enregistrement que sur les notes prises sont transcrits, thématisés. Pour étudier la stabilité de l'association entre le SSPT et les différents facteurs, une analyse bivariée a été simultanément introduite dans un modèle de régression logistique en procédant à des itérations

successives de type pas à pas descendant. La comparaison des pourcentages des facteurs entre la variable dépendante et les facteurs associés a été effectuée à l'aide du test de « chi-2 ». Les Rapports de Prévalence (RP) ont été déterminés ainsi que leur intervalle de confiance IC à 95% pour estimer le sens, la force et la stabilité de l'association. Le seuil de significativité de sortie des résultats était fixé à 5%.

Ensuite une analyse de contenu a été utiliser afin de mieux cerner les contenu manifeste et latent, de mieux comprendre le vécu douloureux des victimes de viol et aussi de saisir les ressources socioculturelles en jeu dans leur résilience au syndrome de stress post traumatique.

2.4.2. Aspects éthiques

En conformité avec les principes éthiques contenu dans la déclaration de l'association médicale mondiale d'Helsinki (Am coll Dent et Al, 2014), une note de consentement éclairé était élaborée et lue à l'intention de chaque enquêtée sélectionnée pour la recherche. Des explications étaient fournies sur l'objectif de la recherche ainsi que le bienfondé de l'enquête et sa contribution pour l'amélioration du statut de la femme au Bénin. Chaque répondant a donné son consentement libre d'y participer et en communiquant des informations nécessaires à l'étude. Pour garantir la confidentialité et l'anonymat, les données ont été recueillies de manière anonyme. Ensuite elles ont été codifiées, et les fiches d'enquête ont été gardées en sécurité.

2.5 DIFFICULTES RENCONTREES

Les difficultés rencontrées sont de divers ordres. Il s'agit de : la réticence de certaines enquêtées liée à la sensibilité du sujet et à la maladie de Covid-19 qui sévit dans le pays ; l'indisponibilité de certaines enquêtées pour la réalisation des entretiens. Certains entretiens n'ont pas été réalisés à temps ce qui constituait un frein pour l'évolution dans la rédaction du mémoire. Ces difficultés n'ont pas empêché la bonne conduite de la recherche.

CHAPITRE 3
PRESENTATION DES CAS ET ANALYSE

Ce troisième chapitre présente les résultats issus de cette recherche ainsi des analyses y afférentes. Pour cela, il facilite la compréhension de la survenue du viol en lien avec les conditions socioéconomiques et la situation familiale chez les patientes. Par ailleurs, à travers ce chapitre, la permanence du stress post traumatique chez les patientes est explicitée avec les facteurs socioéconomiques et culturels qui les exposent aux agressions sexuelles.

3.1 Facteurs sociodémographiques

Tableau I : répartition des victimes de viol selon l'âge

Tranches d'âge	**Effectif**	**Fréquence**
15 – 20 ans	17	13,64 %
20 - 25 ans	28	22,73 %
25 – 30 ans	34	27,27%
30 – 35 ans	26	20,45 %
35 et plus ans	20	15,91%
Total	**125**	**100%**

La tranche d'âge la plus concernée par le viol au regard de ce tableau est la tranche de 25 – 30 ans à une proportion de 27,27%. Elle est suivie par celle de 20-25 ans pour un effectif de 22,73 %% et celle de 30-35 ans 20,45 %. On note aussi que l'âge moyen des victimes est de 28,5 ans, la plus âgé avec 42 ans et la plus jeune 15 ans.

Tableau II : répartition des victimes de viol selon le groupe ethnique

Groupe ethnique	**Effectif**	**Fréquence (%)**
Nago	20	16,00
Fon	51	41,00
Goun	28	22,73
Mina	9	7,00
Adja	9	7,00
Dendi	3	2,27
Kotafon	5	4,00
Total	125	100,00

Les victimes de viol étaient des fon (41%) suivi des Goun (22,73%), les Nago (16%) Les autres groupes ethniques étaient faiblement représentés.

Tableau III : répartition des victimes de viol selon la religion

Religion	**Effectif**	**Fréquence (%)**
Chrétienne	97	77,60
Animiste	14	11,20
Autres	14	11,20
Total	**125**	**100,00**

Les victimes de viol étaient majoritairement de religion chrétienne (77,6%) avec une forte représentation de catholique (36,8 %)

Tableau IV : répartition des victimes selon la situation d'activité

Situation d'activité	**Effectif**	**Fréquence(%)**
Elève	14	11,36
Etudiante	34	27,27
Fonctionnaire	11	9,00
Revendeuse	26	20,45
Secrétaire/opératrice de saisie	20	16,00
Apprentie	20	16,00
Total	125	100,00

Les étudiantes étaient plus victimes de viol dans une proportion de 27,27% suivi et revendeuses (20,45%) et des apprenties et les secrétaires (16%), les élèves 11,36%.

Tableau V : répartitions des victimes selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	**Effectif**	**Fréquence (%)**
Célibataire	88	70,45
Marié	26	20,45
Séparé	11	9,00
Total	44	100,00

Les victimes de viol pour la plupart étaient en situation de célibat (88%) ,Les mariés étaient20,45%.

3.2 États de stress post traumatique lié au viol et lien avec le violeur

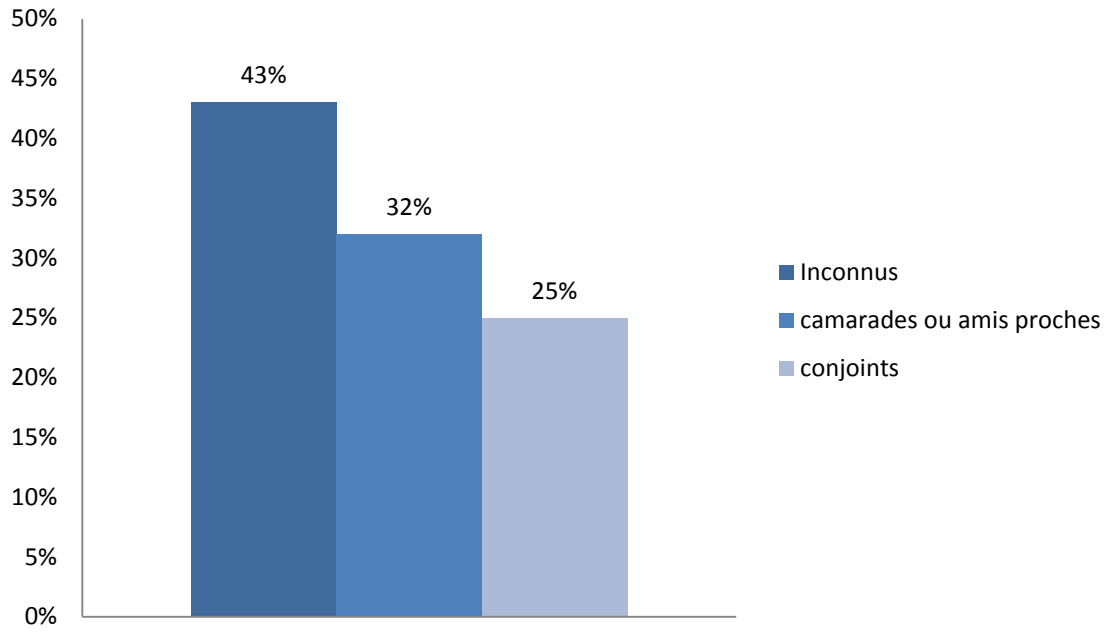


Figure 2 : répartition des victimes selon la nature des liens avec des violeurs

Les viols subit par les femmes à Cotonou ont été le fait d'inconnus (43%) et par des proches amis à un taux de 32% et les conjoints 25%.

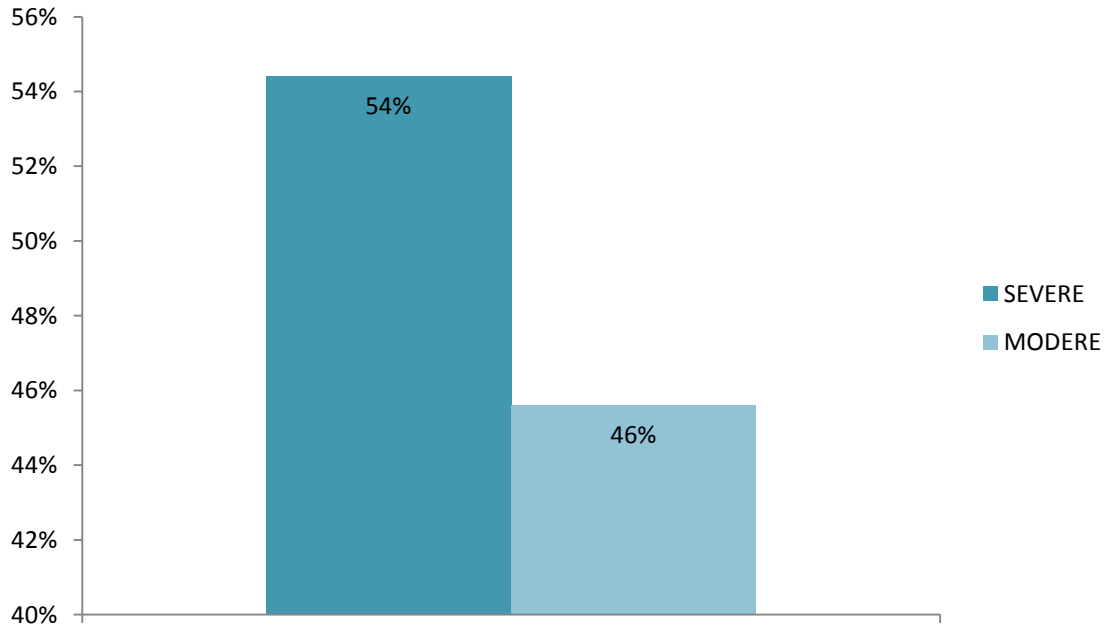


Figure 3 : Répartition des victimes en fonction de l'intensité de l'anxiété

54,4 % des victimes présentaient une mesure d'anxiété sévère contre 45,6% de l'effectif qui présentait une anxiété modérée.

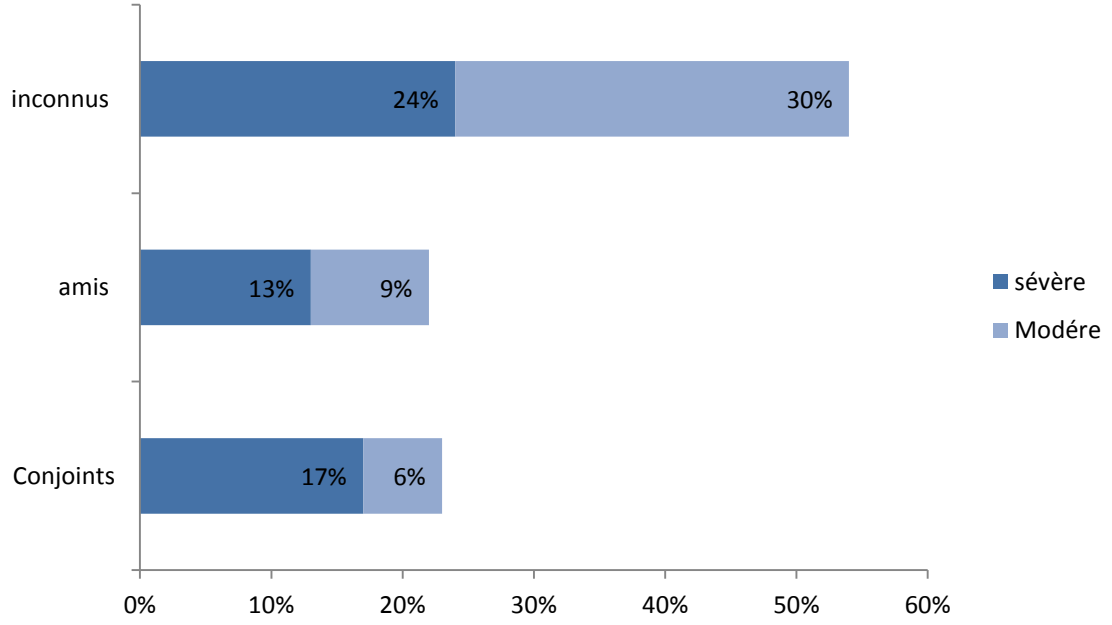


Figure 4 : sévérité de l'anxiété en fonction du profil du violeur

Quel que soit le profil du violeur les victimes présentaient une anxiété sévère. Lorsque l'auteur du viol était un inconnu l'anxiété était de 24 %, de 13% pour les amis et de 17% pour les conjoints.

3.3 Facteurs associés aux viols et à l'intensité de l'état de stress post traumatique

Tableau VI : états de stress post traumatique lié au viol et le facteur proximité avec la victime

		état de stress post traumatique suite au viol		Effectif	Fréquence (%)	RP	$IC_{95\%}$	p-value
		Sévère	Modéré					
Proximité violeur/violée	oui	30	5	35	28	2,08	1,57 - 2,76	0,0000
	non	37	53	90	72			
Total		67	58	125	100			

Ce tableau révèle que la proximité violeur /violée est un facteur associé significatif avec P inférieur à 0,05. Le rapport de prévalence de ce facteur était 2,08 fois plus élevé chez les victimes ayant manifesté un stress post traumatique sévère.

Tableau VII : états de stress post traumatique lié au viol et le facteur environnement criminogène

		état des stress post traumatique suite au viol			Fréquence (%)	RP	$IC_{95\%}$	*p-value*
		Sévère	Modéré					
Environnement criminogène	oui	16	10	26	20,8	1,19	0,83 – 1,71	0,3617
	non	51	48	99	79,2			
Total		67	58	125	100			

Environnement criminogène n'est pas un facteur associé significatif avec P supérieur à 0,05.

Tableau VIII : états de stress post traumatique lié au viol et le facteur activités nocturnes

		état des stress post traumatique suite au viol			Fréquence %	RP	$IC_{95\%}$	*p-value*
		Sévère	**Modéré**					
Activités nocturnes	**oui**	15	00	15	12	**2,11**	**1,74 – 2,58**	**0,0000**
	non	52	58	110	88			
Total		67	58	125	100			

Ce tableau révèle que les **Activités nocturnes** est un facteur associé significatif avec P inférieur à 0,05. Le rapport de prévalence de ce facteur était 2,11 fois plus élevé chez les victimes ayant manifesté un stress post traumatique sévère.

Tableau IX : états de stress post traumatique lié au viol et le facteur profil psychologique du violeur.

		état des stress post traumatique suite au viol		Effectif	Fréquence (%)	RP	$IC_{95\%}$	*p-value*
		Sévère	**Modéré**					
Profil psychologique du violeur	**oui**	14	6	20	16	**1,39**	**0,98 – 1,96**	**0,1086**
	non	53	52	105	84			
Total		67	58	125	100			

Le profil psychologique du violeur n'est pas un facteur associé significatif avec p-*value* supérieur à 0,05

Tableau X Etats de stress post traumatique lié au viol et le facteur comportement à risque de la victime

		État des stress post traumatique suite au Viol		Effectif	Fréquence (%)	RP	$IC_{95\%}$	*p-value*
		Sévère	**Modéré**					
Comportements à risque de la victime	**oui**	10	19	29	23,2	**0,58**	**0,34 – 0,98**	***0,0185***
	non	57	39	96	76,8			
Total		67	58	125	100			

Ce tableau révèle que les comportements à risque de la victime est un facteur associé significatif avec P inférieur à 0,05. Le rapport de prévalence de ce facteur était 0,58 fois plus élevé chez les victimes ayant manifesté un stress post traumatique sévère.

Tableau XI : Synthèse des facteurs associés les plus significatifs

		Etat de stress post traumatique suite au viol		Effectif	Fréquence (%)	RP	$IC_{95\%}$	*p-value*
		Sévère	Modéré					
Proximité violeur/violée	**oui**	30	5	35	28	**2,08**	**1,57 – 2,76**	**0,0000**
	non	37	53	90	72			
Activités nocturnes	**oui**	15	00	15	12	**2,11**	**1,74 – 2,58**	**0,0000**
	non	52	58	110	88			
Comportements à risque de la victime	**oui**	10	19	29	23,2	**0,58**	**0,34 – 0,98**	**0,0185**
	non	57	39	96	76,8			

Les facteurs associés les plus significatifs dans les états de stress post traumatique du viol sont la proximité violeur/violée, les activités nocturnes et les comportements à risque de la victime.

3.4 Ressources socioculturelles de la résilience aux stress post traumatique

Tableau : Ressource socioculturelles de la résilience aux stress post traumatique

Ressources socioculturelles	Effectif	Fréquence (%)
Education	105	84,00
Religion	60	48,00
Rituel de purification	54	43,18
tradition	49	39,00
Panégyrique	49	39,00
Soutien familial	45	36,36
Chants et adages locaux	34	27,27

Les aspects éducatifs favorisent la résilience chez 84%, des victimes, 48% la religion, les rituels de purification 43,18%, les panégyriques 39%, le soutien familiale 36 ,36% et les chants et adages locaux 27,27%.

« Aujourd'hui si je tiens le coup après cette double souillure qui a empoisonné ma vie. C'est bien grâce à ma famille. Pour m'aider mes parents on fait des rituels parce que mon violeur était un proche parent. Ce rituel m'a ramené à moi-même et j'ai commencé à espérer. »

« Notre culture à quelque chose de mystique durant ma traverser du désert suite à mon viol je me refugiais dans les chants de notre terroir surtout celles qui relatent les histoires de vie. Cela m'a beaucoup aidé à m'en sortir »

3.5 PRESENTATION DES CAS CLINIQUES

Pendant la phase d'investigation, nous nous sommes entretenues avec plusieurs patientes. Parmi celles-ci, cinq (05) cas ont retenu notre attention et se présentent comme suit.

3.5.1. CAS 1

Ainée issue d'une fratrie utérine de trois enfants, mademoiselle Q. S. âgée de 17 ansélève en classe de terminale est admise pour la première fois à l'Hôpital Saint Luc en octobre 2020. Elle était accompagnée par sa mère pour une consultation psychologique. Selon cette dernière, elle se plaint d'insomnie d'endormissement et matinale, de cauchemars, des céphalées, la peur, l'anxiété et le mutisme. La patiente a été victime d'une agression sexuelle. Selon la mère de la patiente, sa fille serait rentrée la veille de l'école dans un état bizarre. Elle était triste et pleurait à la moindre question qu'on lui posait. Prise de panique, la mère a informé une de ses tantes avec qui la patiente s'entendait bien. Après une longue discussion avec la tante la patiente a fini par dire à sa tante qu'elle a été sexuellement agressée par un de ses camarades de classe. Le camarade en question aurait invité la jeune fille à son domicile pour lui expliquer un exercice de mathématiques que cette dernière n'avait pas compris. Une fois chez lui il a bloqué sa porte à clé et a violenté la jeune fille en ayant des rapports sexuels avec elle. Selon la mère, la patiente aurait subi une ablation de nodule de sein. Ces parents sont vivants mais séparés depuis cinq ans.Le père est journaliste, la mère est attachée des services administratifs. La patiente aurait grandi dans sa famille maternelle ; avec ses grands-parents, sa mère et ses frères. Elle a le niveau de la classe de terminale sans aucune formation particulière. Elle a une scolarité normale sans échecs. Selon la patiente, elle aurait mal vécu la séparation de ses parents et l'agression sexuelle dont elle a été victime. Selon la mère, la patiente serait de nature calme, introvertie et entretient une bonne relation avec son entourage ; elle n'a pas beaucoup d'amis. A la maison, c'est une enfant réservée mais studieuse selon sa mère.

❖ ***Analyse :***

Le cas Q. S. montre qu'il s'agit d'une adolescente de 17 ans et élève. On observe chez elle après examen les symptômes suivants : une lourde tristesse, une humeur triste, des pleurs. Un trouble de sommeil marqué par une insomnie de l'endormissement et du petit matin avec un trouble de comportement fait de tremblement. Aussi le test d'anxiété de BECK révèle une anxiété sévère et un lourd impact d'où le traumatisme. Ces éléments on permit d'aboutir à une hypothèse diagnostic d'un Etat de Stress Post-traumatique lié au viol subit.

Aussi faut-il faire observer des ressentis et un vécu douloureux exprimé à travers le verbatim suivant :

« J'ai honte de retourner à l'école ; je me sens souillée ; je suis sale. Je n'arrive pas à regarder les gens en face. ».

On note également une auto-culpabilisation, un manque d'affirmation de soi, une dévalorisation de soi confirmé par les propos tel que :

« Je me sens coupable d'être allée chez lui ».

« Je suis nulle je n'ai pas respecté les conseils de ma mère je suis une mauvaise fille. ».

L'intrusion dans le souvenir traduit une réviviscence douloureuse avec une notion d'angoisse.

3.5.2. CAS 2

Mariée et mère d'une fille de trois ans ; 2ème enfant d'une fratrie utérine de six enfants, madame A. V. a consulté en décembre 2020 pour insomnie et crise d'angoisse. Elle serait victime de violence conjugale et viol de la part de son mari devenu excessivement agressif et violent depuis la perte de son emploi. Madame A. V. et son époux sont mariés depuis 06ans.Leur vie de couple est jalonnée de disputes depuis le début. En effet Mr A. à une personnalité impulsive, il s'énerve souvent pour peu. Il y a trois mois il aurait perdu son travail après un manquement à son supérieur hiérarchique. Cloîtré à la maison, il est devenu très agressif et incontrôlable avec sa femme. Il y a un, mois la patiente a été battue et

violée par son mari la nuit. Alertés par ses cris, les voisins sont venus à son secours. Depuis madame traverse une véritable crise d'angoisse avec un trouble de sommeil. Madame A. V. porte sur elle les cicatrices d'une césarienne. Selon la patiente, ses parents sont vivants mais séparés depuis dix ans environ ; le père est enseignant à la retraite et la mère est une commerçante. Elle a une formation de secrétaire et a travaillé pendant deux ans avant de rencontrer son mari qui a décidé qu'elle n'exerce plus pour s'occuper de leur enfant. Madame A. V. vit actuellement au domicile de sa mère avec son enfant. Pour la patiente, sa cérémonie de dot représente pour elle l'évènement marquant positif et que la séparation de ses parents (avec des conflits familiaux) continue de la marquer négativement. La patiente avoue n'être pas fière de ses parents, son père, pendant ses études supérieures l'a abandonné. Son père s'est remarié, et les rapports entre sa mère et la femme de son père ont été très conflictuelle. Elle pense que la femme de son père est la base de tous ses malheurs. Ses rapports avec son père se sont complètement dégradés au fil du temps. C'est à cause de cette situation familiale instable qu'elle a dû supporter son mari pendant tout ce temps. Elle avait peur de déménager et aussi d'être la risée de ses sœurs.

- ***Analyse :***

Madame A. V. présente une symptomatologie fait d'insomnie et crise d'angoisse. Chez elle, le contact était syntone, l'humeur est triste avec une irritabilité, une trouble de sommeil ; une anhédonie, un apragmatisme, une asthénie, un trouble somatique : gastro-intestinal, algie diffuse. On note également une angoisse++ peur, des sursauts au moindre bruit. L'hypothèse diagnostic revoyait vers un Etat de Stress Post-traumatique avec fond dépressif.

On observe chez elle une expression très fréquente d'idées suicidaire, de persécution, d'anhédonie et de perte d'intérêt. Une vision triste de la vie et négative d'elle-même. On note aussi une idéation focalisée sur des expériences globalement négatives et pense ne pas pouvoir échapper à son état. Une vision péjorative de l'avenir : elle se sent envahir par des idées de mort récurrente, elle se dit passive et résignée. Cela à travers les expressions comme :

« Je me demande comment j'ai pu me marier à un homme aussi sauvage ».

« J'ai supporté beaucoup de choses, je n'ai plus confiance aux gens ».

« Je suis très fatiguée et déçue de la vie ».

« Tous ces évènements sont le fait que la seconde femme de mon père soit jalouse de mon mariage, elle m'a toujours méprisé. Aujourd'hui j'ai perdu toute confiance en moi-même et je me sens incapable de surmonter cette épreuve. »

Les idées de persécution régulièrement exprimées sont pathologiques. Une telle idéation serait liée aux croyances culturelles. Culturellement, le corps exprime son bien-être avec la levée des symptômes somatiques. La patiente avoue n'être pas fière de ses parents, son père, pendant ses études supérieures l'a abandonné. Son père s'est remarié, et les rapports entre sa mère et la femme de son père ont été très conflictuelle. Elle pense que la femme de son père est la base de tous ses malheurs. Ses rapports avec son père se sont complètement dégradés au fil du temps. C'est à cause de cette situation familiale instable qu'elle a dû supporter son mari pendant tout ce temps. Elle craignait de déménager et aussi d'être la risée de ses sœurs.

3.5.3. CAS 3

Yasmine est une jeune fille de 28 ans, revendeuse. Elle a été agressée par une connaissance lors d'une fête d'anniversaire. Sa première consultation n'est intervenue qu'un an plus tard. Elle s'est adonnée en vains à des séances de prière pour gérer sa souffrance. Elle se serait rendue chez le psychologue à la suite d'une insomnie et autres préoccupations anxieuses à la suite du décès de son enfant. Elle a été droguée et violée à la fête d'anniversaire de sa meilleure amie. Elle s'est retrouvée enceinte quelques semaines après le forfait. C'est à la suite du décès de l'enfant deux mois après sa naissance que Yasmine se sent désorientée et inconsolable. Yasmine est la 3eme enfant d'une fratrie utérine de six filles. Elle est aujourd'hui célibataire sans enfant. Ses parents sont vivants ; le père est électricien bâtiment et la mère est revendeuse selon la patiente. Yasmine vit au domicile de ses parents. Elle a un niveau de la classe de 4ème. Selon elle, la

patiente entretient de bons rapports avec son entourage. Elle évoque que le climat familial dans lequel elle a grandi n'était pas étayant. Elle est reçue dans un contexte de dépression avec des manifestations pseudo-psychotiques transitoire faites d'agitation, d'hallucinations visuelles, d'idées suicidaires et de meurtre de son enfant.

- ***Analyse :***

Yasmine présentait un état dépressif avec des manifestations pseudo-psychotiques transitoire faites d'agitation, d'hallucinations visuelles, d'idées suicidaires et de meurtre de son enfant. Droguée et violée à la fête d'anniversaire de sa meilleure amie. Elle s'est retrouvée enceinte quelques semaines après. C'est à la suite du décès de l'enfant deux mois après sa naissance qu'elle se sent désorientée et inconsolable.

Yasmine affirme qu'elle a été maudite. Elle soutient qu'on lui a jeté un sort :

« Je suis maudite »,

« Je suis victime d'une attaque sorcière »,

« Je suis souillée, remplie de microbes »,

« Je suis porteuse de malheur » ;

« Je vais me faire suivre par un tradipraticien pour conjurer le sort, car je suis impure. ».

Son cas soulève des aspects socioculturels. Imprégnés de la culture et la tradition, les récits des victimes témoignent des croyances liées au viol. Le viol n'est pas uniquement considéré comme une attaque à la femme, mais il est également une atteinte à ce qu'elle représente, une souillure de la fécondité et une souillure de la fertilité. La femme victime du viol n'est pas la seule à être en danger la famille et la communauté tout entière le sont également. C'est un drame collectif, il faut donc se protéger avec les divinités protectrices.

Les réactions immédiates d'incompréhension et de culpabilité que l'on observe fréquemment dans l'entourage des victimes sont le plus souvent éphémères et laissent place à des mesures collectives de soutien psychologique de soins et de protection. La souffrance devient partagée et vécues collectivement.

3.5.4. CAS 4

Mademoiselle H. 25ans étudiante violée en mars 2019 par un inconnu. Elle consulte sur les conseils d'une amie à qui elle a fini par se confier. Elle évoque l'existence depuis le traumatisme, de difficultés relationnelles avec son entourage, un isolement progressif. Selon la patiente, elle aurait subi une appendicectomie. Mademoiselle H. est célibataire sans enfants, ainée d'une fratrie de 4enfants ; étudiante en commerce internationale. Le père et la mère sont vivants et travaillent ensemble dans une entreprise de production agropastorale. Mademoiselle H. est en licence dans une université privée de Marketing. Comme évènement marquant négatif, elle a été victimes deux ans plus tôt d'un accident de circulation et sa brillante réussite au bac avec une mention bien représente pour elle un évènement marquant positif. Elle est issue d'une famille monoparentale très soudée. Il règne une bonne ambiance au sein de la fratrie et avec les parents. Elle est très proche d'un de ses oncles paternels qui vit au Ghana avec qui elle passe la plupart de ses vacances. Très dévouée pour les travaux ménagers, elle a toujours été appréciée par son entourage pour sa méticulosité, sa propreté et son sens de l'engagement. Sous le coup d'un trouble de sommeil, elle devient très irritable quand on lui adresse la parole. Crise de palpitation intense avec transpiration abondante, mademoiselle H. exprime une sensation de chaleur suivi d'étouffement à la vue des hommes grand de taille. Elle s'adonne souvent à un rituel de toilettes intimes avec une automédication d'antibiotiques.

- ***Analyse***

H. évoque l'existence depuis le traumatisme, de difficultés relationnelles avec son entourage, un isolement progressif. On observe chez elle un trouble de sommeil de l'irritabilité, une crise de palpitation intense avec transpiration abondante, sensation de chaleur suivie d'étouffement à la vue des hommes grands de taille. Rituels de toilettes intimes avec une automédication

d'antibiotiques. Evitement des situations à caractère social, anxiété++. L'hypothèse diagnostique fait penser à un

Chez H, la personnalité semble durablement affectée, un syndrome de répétition traumatique (l'angoisse s'exprimant sur un versant somatique) est présent. Des modalités défensives compulsives sont apparues.

3.5.5. CAS 5

Il s'agit de madame Irène âgée de 28 ans, une ménagère admise à l'Hôpital Saint Luc en avril 2021 pour insomnie d'endormissement et matinale, peur et anxiété. Elle fut agressée un soir par un inconnu armé alors qu'elle revenait d'une séance de prière. L'inconnu avait brandi une arme blanche et la violé sous la menace de l'arme au bord d'une ruelle mal éclairée. Elle n'avait aucun antécédent personnel ni familial. Madame Irène est l'ainée d'une fratrie utérine de quatre enfants dont les parents sont vivants. Le père est menuisier, la mère est revendeuse. Elle a une formation d'opératrice de saisie mais est actuellement sans emplois. Elle ne s'entend pas avec son frère cadet. La patiente est d'une personnalité calme, elle a une éducation religieuse très stricte. Elle milite dans les groupes de prière et s'y rend tous les soirs pratiquement.

- ***Analyse :***

Chez Irène on note une humeur triste accompagnée de pleurs +++. Un trouble de sommeil fait d'insomnie d'endormissement ; des hallucinations auditives passagères. Le test d'anxiété de BECK révèle une anxiété sévère et un lourd impact d'où le traumatisme. L'hypothèse diagnostic fait penser à un Etat de Stress Post-Traumatique différé.

On observe la présence de la peur dans son vécu marque par les expressions :

« J'ai peur de sortir, mon quartier n'est pas sécurisé. »

« Je suis victime d'un complot »

« J'ai été suivi par des malfrats »

« J'ai peur des inconnus «

« J'ai été envoûtée »

« Je dois jeûner et prier pour conjurer le mauvais sort dont je suis victime. »

L'examen démontre un état de stress post-traumatique avec la symptomatologie anxieuse. L'intrusion dans le souvenir traduit une réviviscence douloureuse avec une notion d'angoisse.

CHAPITRE 4
DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE

La discussion des résultats de l'étude *« ressources socioculturelles favorables à la résilience dans le stress post traumatique : à propos de 25 victimes de viol suivies à l'Hôpital st Luc de Cotonou »* comporte trois (03) axes à savoir :

- L'atteinte des objectifs de l'étude ;
- Limite, qualité et la validité des résultats ;
- Comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs.

4.1 L'atteinte des objectifs de l'étude

Au terme de cette étude, les objectifs qui étaient de :
Etudier les ressources socioculturelles favorables à la résilience dans le stress post traumatique chez125 victimes de viol à Cotonou en général et spécifiquement de :

- Evaluer le niveau de résilience favorable à la sortie du stress post traumatique chez les victimes de viol suivies à Cotonou
- Décrire les ressources socioculturelles potentialisant la résilience pour une meilleure sortie du stress post traumatique chez les victimes de viol à Cotonou ;
- Esquisser un plan stratégique de prise en charge des victimes de viol suivies à l'Hôpital st Luc de Cotonou tenant compte des ressources socioculturelles de résilience

Ont été partiellement atteint à travers les résultats. La tranche d'âge la plus concernée par le viol est de 25 – 30 ans soit (27,27%) et celle de 20-25 ans pour un effectif de 22,73 % suivie celle de 30-35 ans 20,45 %. Les victimes viol étaient majoritairement chrétiennes à 77,6%. Les femmes célibataires (88%) et

les mariés (20,45%) étaient les plus touchées. Les violeurs étaient des inconnus (43%), des proches amis (32%) et les conjoints 25%. La mesure de l'anxiété était sévère chez 54,4 % des victimes et modéré chez 45,6%. Les facteurs associés étaient la proximité violeur/violée, les activités nocturnes et le comportement à risque des victimes. Les ressources socioculturelles favorisant la résilience au stress post traumatique étaient Les aspects éducatifs (84%), la religion (48%), les rituels de purification (43,18%), les panégyriques et la tradition respectivement (39%) , le soutien familiale (36 ,36%) et les chants et adages locaux (27,27%).

4.2 Limite qualité et validité des résultats

Cette étude comporte quelques limites liées notamment à la cible elle-même et la nature de notre étude. La faible exploitation des analyses statistiques du fait de l'objet n'a pas permis d'explorer à fond de nombreux aspects. Cependant la conduite de l'étude en tenant compte de l'aspect éthique dans l'usage des outils donne une fiabilité et résultats et leur praticabilité.

4.3 Comparaison des résultats à ceux d'autres auteurs

4.3.1 Les facteurs de risques d'agressions sexuelles et stress post traumatique chez les victimes à Cotonou

Les résultats de cette étude montrent que présence dans l'environnement des victimes de facteurs de risque d'agression sexuelle augmentait chez elles la reviviscence du viol. Cette situation favorisait une rechute dans le stress post traumatique du viol. En effet on note chez les trois premiers cas que des auteurs du viol étaient issus de l'environnement proche de la victime. Pour le cas 1 il s'agissait d'un camarade de classe, pour le second cas c'est l'époux de la victime et pour le troisième cas il s'agit également d'une connaissance ou un ami. Ces résultats rejoignent ceux de Ndiaye, I., Bâ, I., Faye, P., Thiam, M. & Moro, M. (2017) qui indique que la promiscuité et parmi les facteurs qui favoriseraient l'exposition des mineures au danger que constitue l'abus sexuel. Ils évoquent

également la pauvreté et son corolaire qui est la promiscuité, les antécédents d'abus sexuels chez la mère ainsi que le célibat des mères.

En plus la présence des violeurs qui empoissonnent presqu'au quotidien la vie des victimes. Ces dernières possèdent également d'autres caractéristiques qui les enfoncent davantage dans ce vécu douloureux et pénible du viol notamment ses états de stress post traumatique.

C'est le cas chez mademoiselle Q. S adolescente de 17 ans. La vulnérabilité adolescent aire du fait de labilité émotionnelle. En effet à l'adolescence les victimes de violence sexuelle peuvent souffrir de problèmes émotionnels, psychologiques et de santé physique importants. Des séquelles sévères peuvent aussi se manifester dans de multiples domaines du fonctionnement, incluant l'adaptation et le fonctionnement interpersonnel, la régulation des émotions, la cognition, la mémoire, les fonctions neurologiques, l'humeur, le comportement, l'attention, l'attachement et le contrôle des impulsions. Comme l'indique Baril et Tourigny (2015), le risque de développer un syndrome de stress post-traumatique à la suite d'un viol dans la population féminine varie de 36 à 48% selon les études (Ciavaldini, 2003). Une étude menée en France fait état que 68% des adolescentes de plus de 13 ans victimes d'un viol présentaient un état de stress post-traumatique douze mois après la première rencontre, avec des facteurs de risque (Darves-Bornoz, 1996). Des troubles de l'humeur, des troubles du sommeil, de l'anxiété, des troubles psychotiques, des troubles somatoformes, des troubles des conduites alimentaires, une consommation importante d'alcool et de drogues, des troubles de la personnalité, des troubles dissociatifs, des comportements suicidaires et automutilatrices sont relevés dans toutes les recherches (Baril et al., 2015). Un syndrome traumatique de type limite est proposé, mêlant les symptômes de l'état de stress post-traumatique et les symptômes affectant l'identité et la personnalité plus en profondeur, les conduites sociales et les difficultés sexuelles. 20% des femmes ayant été victimes d'agression sexuelle dans l'enfance présentent des troubles psychiatriques à l'âge adulte, principalement de type dépressif, et des difficultés concernant leurs capacités sociales (Roesler et al., 1994 ; Hébert et al., 2009). Les symptômes

spécifiques concernant la période adolescente consistent en des pensées intrusives récurrentes, des symptômes phobiques, de l'irritabilité, de la colère, des troubles dissociatifs, des troubles de la personnalité, du comportement alimentaire, des prises de risque, des passages à l'acte suicidaire, des automutilations, des impulsions auto-agressives, des plaintes somatiques, des conduites d'hypersexualité et prédélinquantes, des abus d'alcool et stupéfiants, etc. (Vila et al., 2001).

Les cas de madame A. V et de Yasmine font ressortir le rôle de la qualité du lien entre la victime et son agresseur ainsi que la tonalité de la souffrance qu'elle induit chez les victimes dans la manifestation du stress post traumatique. En effet chez madame A.V c'est le conjoint qui se trouve être l'agresseur dans ce cas de figure le stress est presque permanent avec de nombreuses conséquence bio-psycho-sociales. Ces résultats de notre étude sont les même obtenus dans les travaux de S. Boucher, J. Lemelin, L. McNicoll (2009) qui fait observer que la violence sexuelle subie par les femmes dans un contexte conjugal est un phénomène entraînant des répercussions importantes sur la santé mentale, physique et sexuelle des victimes. Selon leur étude les données de prévalence et d'incidence disponibles indiquent que le viol conjugal est un phénomène qui touche de 7 à 50 % des femmes à travers le monde et qui est souvent associé à la violence physique du partenaire. Les conséquences pour les femmes sont nombreuses et incluent, par exemple, l'état de stress post-traumatique et la dépression, des lésions anales et vaginales, des cystites, des fausses couches, des grossesses non-désirées, des infections transmissibles sexuellement, des dysfonctions sexuelles ainsi que des douleurs génitales chroniques. Sont aussi évoqué la nature répétitive des agressions et la cooccurrence fréquente de violence physique, les femmes qui subissent la violence sexuelle de leur partenaire sont parmi les plus victimisées de la société.

J Du Mont (2000) souligne que les viols sont à l'origine de graves conséquences sur l'intégrité physique et psychique directement liées à l'installation de troubles psychotraumatiques sévères (dont l'état de stress post traumatique) qui, s'ils ne sont pas pris en charge spécifiquement et si les victimes ne sont pas secourues,

crues et bien accompagnées, peuvent se chroniciser et durer de nombreuses années, voire toute une vie, et avoir un impact très lourd sur la santé des victimes. B. Bedont (2001) renchérie et révèle que les viols ont le triste privilège d'être avec la torture celles qui vont avoir les conséquences psychotraumatiques les plus graves, avec un risque de développer un état de stress post traumatique chronique très élevé, avec jusqu'à 80 % de risque de les développer alors que lors de traumatismes en général il n'y a que 24 % de risques. Lors de viols, la mise en scène de meurtre de l'agresseur associée à sa volonté de faire le plus souffrir la victime, de la dégrader, de l'humilier et de porter atteinte à sa dignité, génèrent chez les victimes un sentiment de mort psychique, elles se perçoivent comme des survivantes et même, pour certaines, comme des « mortes vivantes » (J Du Mont, 2000).

4.3.2 Les ressources socioculturelles et la résilience des victimes au stress post traumatique du viol

L'étude nous a permis de faire le constat que les victimes de viol que nous avons suivi à Cotonou développait au fil un du temps une forme de résilience qui le permettaient de mieux faire face au stress post traumatique malgré la présence permanente de l'agresseur à proximité comme c'est le cas chez madame A.V dont l'époux est l'agresseur ou encore une présence dans l'environnement immédiat observée chez mademoiselle Q.S. et Yasmine ou il s'agit respectivement d'une camarade de classe et d'un ami. Chez Irène et mademoiselle H ou les agresseurs sont certes des inconnus mais l'acte de viol s'étant perpétré dans l'environnement quotidien soulève également des frayeurs dans le milieu.

Cette résilience qu'on observe dans le comportement des victimes est dû aux croyances socioculturelles, les facteurs psychologiques des panégyriques, les rites et coutumes, l'éducation social ancré sur la force et le courage. Cet ensemble de facteurs en rapport avec la tradition influence la personnalité des individus et les rend moins vulnérable en situation difficile et leurs permettent de

mieux affronter les situations de traumatisme comme nous l'avons observé chez les victimes.

En effet la structuration de personnalité chez les africain se situe à l'intérieur de sa culture, de son univers particulier où prédomine certaines formes de pensées, un climat affectif spécifique, un mode d'affirmation de soi et des idiomes spécifiques. C'est dans ce champ de force culturel que se façonne le mentales (PierreErny,2020). Les recherches tendent à montrer que les croyances religieuses, les pratiques magico-religieuses et superstitieuses constituent des facteurs de protection pour les personnes qui y croient et qui les pratiquent. Ainsi plusieurs auteurs s'accordent à dire que les croyances religieuses viendraient signifier l'acceptation de l'absence de contrôle individuel des événements et situations, permettant ainsi aux croyants de disposer d'une réponse culturelle (et cultuelle) à leurs inquiétudes existentielles (Greenberg, Arndt, Schimel, Pysczynki, Solomon, 2001 ; Greenberg, Solomon, Pysczynki, 1997). Concernant les liens entre religion et santé, plusieurs études ont montré que les personnes qui ont des croyances religieuses présentent un temps de vie plus élevé (Helm, Hays, Flint, Koenig, Blazer, 2000 ; McCullough, Hoyt, Larson, Koenig, Thorensen, 2000 ; Spini, Lavive d'Epinay, Pin, 2001).

D'autres études, nombreuses, montrent que l'engagement religieux, d'une façon générale, corrèle négativement avec les symptômes dépressifs. Ce constat est observé chez les personnes âgées (Braam et coll., 2001 ; Koenig et coll., 1997), mais également chez les adolescents (Pérez, Little, Henrich, 2009 ; Miller et Gur, 2002). La religion semble, également, associée à la rapidité à laquelle les individus atténuent les épisodes dépressifs (Koenig et coll., 1998 ; Koenig, McCullough, Larson, 2001).

Quant aux croyances magico-religieuses ou superstitieuses, celles-ci semblent relever d'un besoin de contrôle. Des études montrent que l'attitude superstitieuse, relevant du besoin de faire face au sentiment de perte de contrôle sur la situation ou sur la source de menace, permet de diminuer le stress éprouvé (Case, Fitness, Cairns, Stevens, 2004 ; Hergovich, 2001 ; Irwin, 2000 ; Jahoda, 1969 ; Keinan, 1994, 2002 ; Shapiro, Schwartz, Astin, 1996). Elle permet de renforcer le

contrôle perçu et de réduire l'angoisse découlant d'un sentiment d'impuissance (Askevis-Leherpeux, 1989 ; Randall, Desrosiers, 1980 ; Rudski, 2004 ; Sosis, Strickland, Haley, 1980). Par le recours à différents rituels superstitieux, en apportant une réponse pragmatique et en fournissant une illusion de contrôle, elle permet de moduler la tendance à s'inquiéter au quotidien (Keinan, 2002).

Les études semblent mettre l'accent sur deux facteurs explicatifs importants : l'un est en lien avec le comportement et l'autre concerne la dimension groupale et sociale de la croyance. Ainsi, les personnes religieuses ont moins de comportements à risques pour leur santé (Steinman, Zimmerman, 2004) car quelle que soit la religion, celle-ci préconisera un corps sain et de bonnes conduites de santé. Quant à la dimension collective, sociale, celle-ci paraît majeure pour la longévité (Hummer, Rogers, Nam, Ellison, 1999 ; McCullough et coll., 2000), pour le faible taux de dépression (McCullough, Larson, 1999) ou encore pour une moindre diminution des fonctions cognitives avec le temps (Van Ness, Kasl, 2003).

Par ailleurs, Ragurame*t al.* (2002) pensent, à juste titre, que la signification de la souffrance psychique ne peut pas être réduite à la nosographie psychiatrique et aux théories étiologiques des professionnels. La prise en compte d'éléments culturels peut être une aide dans les prises en charge thérapeutiques. Une étude menée par Weiss *et al.* (1992) abonde dans le même sens. Elle montre que la présence de certaines théories étiologiques de type traditionnel ou populaire est compatible avec une alliance thérapeutique de bonne qualité avec les institutions de soin.

Il convient donc de retenir que les aspects socioculturels à travers les croyances les rôles du groupe et de la collectivité, les superstitions, les rites etc. Jouent une fonction protectrice visant à renforcer la résilience chez les victimes de traumatisme qui Sur un fond de vulnérabilité psychologique, se révéler alors comme un mode d'expression privilégié pour nommer, expliquer et soigner ce qui arrive en termes de mal et de malheur. Mais aussi de pouvoir y faire face.

CONCLUSION

Ce travail de recherche porte sur l'aspect socioculturel du stress post traumatique du viol en se basant sur cinq cas reçus à l'hôpital st Luc de Cotonou. Au terme des cas présentés et analysés, il ressort qu'au Bénin, les actes du viol prennent de plus en plus d'ampleur et sont des faits graves qui englobent les souffrances physiques et mentales et impactent ainsi l'ensemble du parcours de vie des victimes. La présente recherche ayant pour objectif d'analyser l'aspect socioculturel du stress post traumatique du viol à propos de cinq cas reçus à l'hôpital st Luc de Cotonou a été possible grâce à une démarche méthodologique adoptée. Il ressort de l'analyse des résultats que l'état de stress post traumatique, la dépression, les troubles de personnalité et les manifestations somatiques, le suicide sont des troubles psychosociaux que subissent des victimes. Plusieurs conditions favorisent la survenue du viol chez les patientes. Il s'agit de l'éducation familiale, le type de famille, la représentation sociale autour du viol, les affections familiales et le type d'attachement et les conditions socioéconomiques.

Les violences incluent une maltraitance envers les victimes, et celle-ci n'est pas seulement d'ordre psychologique : les corps souffrent aussi. Après avoir décrit la participation des femmes aux situations de violences, ainsi que leurs besoins vitaux dans ces cas, ce travail a développé les conséquences de ces violences sur la santé des victimes. Maslow définit une hiérarchie de besoins servant à la constitution et au développement de la personne humaine. À la base de la pyramide, il situe les besoins de maintien de la vie. Les êtres humains ont huit besoins physiologiques fondamentaux : certains sont vitaux comme le besoin d'oxygène, de nourriture ; d'autres sont importants comme le besoin d'être à l'abri. Un nourrisson doit avoir de l'aide pour satisfaire ses besoins vitaux de nourriture et de boissons, de logement, de maintien de la température corporelle et d'élimination. Au fur et à mesure qu'une personne croît et se développe, elle est de plus en plus capable de satisfaire elle-même ses besoins physiologiques alors que certaines continuent de dépendent encore des autres.

Cependant, les besoins de protection et de sécurité physique et psychologique suivent immédiatement les besoins physiologiques dans l'ordre de priorité. Lorsqu'un nourrisson vient au monde, sa sécurité physique dépend entièrement des personnes qui l'entourent. Son maintien implique la réduction ou l'élimination des dangers qui menacent son corps ou sa vie. Pour se sentir psychologiquement en sécurité, un individu doit savoir ce qu'il peut attendre des autres, ainsi que des interventions, des expériences nouvelles et des conditions provenant de son environnement. Nous sentons tous que notre sécurité psychologique est menacée lorsque nous faisons face à des expériences nouvelles et inconnues.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Abbey Antonia, Parkhill Michele *et al. (*2006), « Prédicteurs transversaux de la perpétration d'agressions sexuelles dans un échantillon communautaires d'hommes célibataires afro-américains et caucasiens », *Journal officiel de la Société internationale de recherche sur l'agression*, vol.32, no.1, pp.54-67.

Abbey Antonia, ZawackiTina, Buck Philip, Clinton Monique et McauslanPam (2004), « Agressions sexuelles et consommation d'alcool : que savons-nous de leur relation et quels types de recherche sont encore nécessaires ? », *Agression et comportement violent*, vol.9, no.3, pp.71-303.

AhrensCourtney et AldanaErendira (2012), « Les liens qui unissent : comprendre l'impact de la divulgation d'une agression sexuelle sur les relations des survivants avec leurs amis, leurs familles et leurs partenaires », *Journal of Trauma & Dissociation*, vol.13, no.2, pp.226-243.

BajosNathalie, Bozon Michel et BeltzerNathalie (2008), « Sexualité, prévention et rapports sociaux de sexe au fil de la vie », *Médecine/sciences*, vol.24, pp.24-32.

BeresMelanieHeroldEdward et Maitland Scott (2004), « Comportements de consentement sexuel dans les relations homosexuelles », *Archives du comportement sexuel*, vol.33, no.5, pp.475-486.

Blake Khandis, Bastian Brock et DensonThomas (2016), « Les perceptions de faible agentivité et d'ouverture sexuelle élevée médient la relation entre la sexualisation et l'agression sexuelle », *Comportement agressif*, vol.42, no.5, pp.483-497.

BohnerGerd, Reinhard Marc-André, RutzStefanie, Sturm Sabine (1998), « Mythes du viol en tant que cognotions neutralisantes : preuves d'un impact causal des attitudes anti-victimes sur la probabilité de viol déclarée par les hommes », *Journal européen de psychologie sociale*, vol.28, no.2, pp.257-268.

Burt Martha (1980), « Mythes culturels et soutiens au viol », *Journal de personnalité et de psychologie sociale*, vol.38, no.2, 217p.

Calvez Marcel(2001), *Le risque comme ressource culturelle dans la prévention du sida*, Université de Rennes, France, 73p.

Chasteen, Amy (2001), « Construire le viol : féminisme, changement et compréhensions quotidiennes des agressions sexuelles par les femmes », *Sociological Spectrum*, vol.21, no.2, pp.101-139.

Conroy Shana et Cotter Adam (2017), « Agression sexuelle autodéclarée au Canada », *Juristat : Centre canadien de la statistique juridique*, vol.22, pp.24-66

Coste Florent, CosteyPaul et TangyLucie (2008), « Consentir : Domination, consentement et déni », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, vol.14, pp.5-27.

DevieilheElise (2013), *Représentations du genre et des sexualités dans les méthodes d'éducation à la sexualité élaborées en France et en Suède*, Université de Caen, 352p.

Duret Édith (2019), *Dissociation traumatique, attachement et agression sexuelle : étude de corrélation au cours des violences subies et agies au sein d'une population d'hommes agresseurs sexuels*, Médecine humaine et pathologie, Université de Montpellier, 84p.

Edwards Katie, Turchik Jessica, Dardis Christina, Reynolds Nicole et GidyczChristine, (2011), « Mythes du viol : histoire, présence au niveau individuel et institutionnel et implications pour le changement », *Rôles sexuels*, vol.65, no.11, pp.761-773.

Ferro Christine, Cermele Jill et Saltzman Ann (2008), Perceptions actuelles du viol conjugal : quelques bonnes et moins bonnes nouvelles, *Journal de la violence interpersonnelle*, vol.23, no.6, pp.764-779.

FraisseGeneviève (2007), *Du consentement*, Le Seuil, Paris, 136p.

Gagne Marie-Hélène, Lavoie Francine et Hebert Martine (2005), « Victimisation pendant l'enfance et revictimisation dans les relations amoureuses chez les adolescentes », Maltraitance et négligence envers les enfants, vol.29, no.10, pp.1155-1172.

George Ritzer et J. Michael Ryan, The Concise Encyclopedia of Sociology, Wiley-Blackwell, décembre 2010, 784 p. (ISBN 978-1-4051-8352-9), p. 493.

HumphreysTerry (2007), « Perceptions du consentement sexuel : l'impact de l'histoire de la relation et du genre », *Journal de recherche sur le sexe*, vol.44, no.4, pp.307-315.

JaunaitAlexandre et MatontiFrédérique (2012), « L'enjeu du consentement », *Raisons politiques*, vol.2, pp.5-11.

JozkowskiKristen et Ekbia, Hamid (2015), « Campus craft » : un jeu pour la prévention des agressions sexuelles dans les universités », *Jeux pour la revue de santé*, vol.4, no.2, pp.95-106.

Knight Raymond et Sims-Knight Judith (2003), « Les antécédents développementaux de la coercition sexuelle contre les femmes : tester des hypothèses alternatives avec la modélisation par équation structurelle », *Annales de l'Académie des sciences de New York*, vol. 989, no.1, pp.72-85.

Lindsey Ralph, Carlozzi Alfred et Eells Gregory (2001), « Différences dans l'empathie dispositionnelle des jeunes délinquants sexuels, des jeunes délinquants non délinquants sexuels et des jeunes non délinquants », *Journal de la violence interpersonnelle*, vol.16, no.6, pp.510-522.

LisakDavid et Ivan Carol (1995), « Déficits d'intimité et d'empathie chez les hommes sexuellement agressifs », *Journal de la violence interpersonnelle*, vol.10, no.3, pp.296-308.

LonswayKimberly et Fitzgerald Louise (1994), « Mythes du viol », *Revue Psychologie des femmes trimestriel*, vol.18, no.2, pp.133-164.

MalamuthNeil (2016), « Le modèle médiationnel de confluence de l'agression sexuelle », *Le manuel Wiley sur les théories, l'évaluation et le traitement des infractions sexuelles*, vol.23, no.4, pp.53-71.

MaschkeKaren (1997), *La réponse juridique à la violence à l'égard des femmes*, Garland Pub, 354 p.

Mullen Paul, Walton Valerie, Romans-Clarkson Sarah (1988), « Impact des abus sexuels et physiques sur la santé mentale des femmes », *La Lancette*, vol.331, no.8590, pp.841-845.

Nicoletti John, Spencer-Thomas Sally et Bollinger Christopher (2009), *La violence va au collège : Le guide faisant autorité en matière de prévention et d'intervention*, Charles C. Thomas, 298p.

PerdoncinAnton (2008), « Consentement des femmes et politique. Note sur Du Consentement de Geneviève Fraisse », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, no.14, pp.62-78

PicodChantal (2001), « L'éducation sexuelle : Une mission nouvelle pour l'école », *La Santé de l'homme*, vol.356, no.2001, pp.18-20.

PoutrainVéronique (2014), « L'évolution de l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires. De « l'information sexuelle » à l'égalité entre les filles et les garçons », *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE*, no.36, pp.13-21.

Rutherford Alexandra (2011), « Violence sexuelle à l'égard des femmes : mettre la recherche sur le viol en contexte », *Psychologie de la femme trimestrielle*, vol.35, no.2, pp.42-347.

Schlegel Agnès et Courtois Robert (2019), « Echelles d'évaluation de l'acceptation du Mythe du viol : Intérêts et limites », *International Journal of Risk and Recovery*, vol.2, no.1, pp.23-26.

SchwendingerJulia et SchwendingerHerman (1974), « Mythes du viol : Dans la pratique juridique, théorique et quotidienne », *Crime et justice sociale*, no.1, pp.18-26.

Seto Michael et LalumiereMartin (2010), « Qu'y a-t-il de si spécial dans la délinquance sexuelle des adolescents de sexe masculin ? Un examen et un test d'explications par méta-analyse », *Bulletin psychologique*, vol.136, no.4, pp.526-575.

Suarez Eliana et GadallaTahany (2010), « Arrêtez de blâmer la victime : Une méta-analyse sur les mythes du viol », *Journal de la violence interpersonnelle*, vol.25, no.11, pp.2010-2035.

Trottier, D., Benbouriche, M., & Bonneville, V. (2019). A meta-analysis on the association between rape myth acceptance and sexual coercion perpetration. The Journal of SexResearch, 1-8.

VaivaGuillaumeetJehelLouis (2008), « Prévalence des troubles traumatiques dans l'étude française de l'OMS « Santé mentale en population générale », *L'Encéphal*e, vol.34, no.6, pp.577-583.

Voyer Mélanie, Senon Jean-Louis et Paillard Christelle (2009), « Dangerosité psychiatrique et prédictivité », *L'information psychiatrique*, vol.85, no.8, pp.745-752.

Wechsler Henry, Moeykens Barbara et Davenport Andrea(1995), « L'impact négatif des gros buveurs épisodiques sur les autres étudiants », *Journal d'études sur l'alcool*, vol.56, no.6, pp.628-634.

Williams Corrine, Cook-Craig Patricia et Bush Heather (2014), « Victimisation et perpétration d'activités sexuelles non désirées chez les élèves du secondaire : fréquence et corrélats », *Violence contre les femmes*, vol. 20, no.10, pp.1239-1257.

ANNEXES

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX PATIENTES

I. Identification

1. Nom (facultatif) :
2. Prénom (facultatif) :
3. Sexe :
4. Age :
5. Statut social (Mariée ou non) :

II. Le profil social et psychologique des patiences

1. Age :
2. Origine sociale :
3. Situation familiale :
4. Niveau de scolarité : a) Pas fréquentée ; b) Primaire ; c) Secondaire ; d) Universitaire

III. Stress post traumatique du viol : facteurs/conditions/situation

A. Sentez-vous triste ?

1. Je me sens triste.
2. Je ressens une tristesse continuelle dont je ne parviens pas à me défaire.
3. Je suis si triste et si malheureux que je ne peux presque pas le supporter.

B. Envisagez-vous un avenir meilleur ?

1. J'envisage l'avenir avec appréhension.
2. Je ne vois rien qui puisse me réjouir.
3. J'ai le sentiment qu'il n'y a rien à espérer de l'avenir et que la situation ne s'améliorera pas.

C. Considérez-vous comme un raté ?

1. J'ai le sentiment d'avoir connu plus d'échecs que la moyenne des gens.
2. Quand je considère ma vie passée, je n'aperçois que des échecs.
3. J'ai le sentiment d'être un parfait raté.

D. Appréciez-vous les choses exactement comme autrefois ?

1. Je n'apprécie plus les choses comme jadis.

2. Je ne retire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.
3. Tout me déçoit ou m'ennuie.

E. Eprouvez-vous de sentiment de culpabilité ?

1. J'éprouve parfois un sentiment de culpabilité.
2. J'éprouve souvent un sentiment de culpabilité.
3. J'éprouve constamment un sentiment de culpabilité.

F. Etes-vous déçu de vous-même ?

1. Je suis déçu de moi-même.
2. Je me trouve épouvantable.
3. Je me hais.

G. Ressentez-vous le sentiment d'être pire que les autres ?

1. Je me reproche mes fautes et mes faiblesses.
2. Je me fais constamment des reproches à cause de mes manquements.
3. Je me sens responsable de tout ce qui va mal dans ma vie.

H. Songez-vous à vous faire du mal ?

1. Il m'arrive de penser au suicide, mais je ne le ferai pas.
2. Je préférerais me supprimer.
3. Je me supprimerais si je le pouvais.

I. Pleurez-vous davantage qu'autrefois ?

1. Je pleure davantage qu’autrefois.
2. En ce moment, je pleure sans arrêt.
3. Autrefois, j'arrivais à pleurer ; aujourd'hui, j'aimerais, mais je ne le peux pas.

J. Irritez-vous plus que d'habitude ?

1. En ce moment, je m'énerve ou m'irrite plus vite que d'habitude.
2. Je me sens constamment irrité.
3. Ce qui m’irritait autrefois me laisse totalement indifférent aujourd'hui.

K. Avez-vous perdu l'intérêt à l’égard des autres ?

1. Je m'intéresse moins aux autres qu’autrefois.
2. J’ai perdu presque tout l'intérêt que je portais aux autres.
3. J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres.

L. Prenez-vous toujours des décisions (vous concernant ou au sein du foyer) ?

1. Je repousse les décisions plus souvent qu'autrefois.
2. J'éprouve beaucoup plus de mal qu'autrefois à prendre des décisions.
3. Je suis incapable de prendre la moindre décision.

M. Etes-vous toujours considérée ?

1. Je crains de paraître vieux ou moins attractif qu'autrefois.
2. J'ai le sentiment que les changements intervenus dans mon aspect me rendent moins attrayant.
3. Je me trouve repoussant.

N. Travaillez-vous avec autant de facilité qu'autrefois ?

1. Je dois me secouer avant d'accomplir une tâche.
2. Je dois me forcer pour le moindre travail.
3. Je suis incapable de travailler.

O. Dormez-vous aussi bien qu'autrefois ?

1. Je ne dors plus aussi bien qu'autrefois.
2. Je me réveille une heure ou deux plus tôt qu'autrefois, et Il m'est difficile de rendormir.
3. Je me réveille plusieurs heures plus tôt qu'autrefois et ne peux plus me rendormir.

P. Etes-vous fatiguée davantage qu'autrefois ?

1. Je me fatigue plus vite qu'autrefois.
2. Presque tout me fatigue.
3. Je suis trop fatigué pour faire quoi que ce soit.

Q. Avez-vous d'appétit qu'autrefois ?

1. J'ai moins d'appétit qu'autrefois.
2. Mon appétit est moindre qu'autrefois.
3. Je n'ai plus d'appétit du tout.

R. Avez-vous maigrie ces derniers temps ?

1. J'ai perdu plus de deux kilos.
2. J'ai perdu plus de cinq kilos.

3. J'ai perdu plus de huit kilos.

S. Etes-vous soucieuse davantage qu'autrefois de votre santé ?

1. Je m'inquiète de mes problèmes de santé, tels que les douleurs, les ennuis gastriques ou la constipation.
2. Je m'inquiète beaucoup de mes problèmes de santé, et il m'est difficile de penser à autre chose.
3. Je m'inquiète tellement de mes problèmes de santé qu'il m'est impossible de penser à mon mari et mes enfants.

T. Constatez-vous de changement dans votre vie sexuelle, ces derniers temps ?

1. Ma vie sexuelle m'intéresse moins qu'autrefois.
2. Ma vie sexuelle m'intéresse beaucoup moins qu'autrefois.
3. J'ai perdu tout intérêt aux questions sexuelles.

U. Avez-vous connaissance des facteurs/conditions/situation de la survenue du viol ?

1. Facteurs socioculturels
2. Conditions socioéconomiques
3. Situation familiale

ANNEXE 2

GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX AGENTS DE L'HOPITAL SAINT LUC DE COTONOU ET DU CENTRE INTEGRE DE PRISE EN CHARGE (CIPEC) DES VICTIMES BASEES SUR LE GENRE (VBG) DE COTONOU

I. Identification

- Nom (facultatif) :
- Prénom (facultatif) :
- Sexe :
- Age :
- Statut socioprofessionnel :

II. Connaissance sur les patientes ou victimes

- Aptitudes des patientes ou victimes
- Attitudes ou comportements des patientes ou victimes
- Education familiale
- Type de famille
- Représentations sociales au tour du viol
- Affections familiales
- Type d'attachement

II. Connaissance des facteurs/conditions/situation de la survenue du viol ?

- Facteurs socioculturels
- Conditions socioéconomiques
- Situation familiale

IV. Actions menées pour lutter contre le viol

ANNEXE 3

Inventaire d'anxiété de Beck

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en inscrivant un X dans la colonne appropriée, à quel degré vous avez été affecté(e) par chacun de ces symptômes au cours de la dernière semaine, aujourd'hui inclus.

		Pas du tout	**Un peu** Cela ne m'a pas beaucoup dérangé	**Modérément** C'était très déplaisant mais supportable	**Beaucoup** Je pouvais à peine le supporter
1.	sensations d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
2.	bouffées de chaleur	0	1	2	3
3.	« jambes molles », tremblements dans les jambes	0	1	2	3
4.	incapacité de se détendre	0	1	2	3
5.	crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
6.	étourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	3
7.	battements cardiaques marqués	0	1	2	3
8.	mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
9.	terrifié(e)	0	1	2	3
10.	nervosité	0	1	2	3
11.	sensation d'étouffement	0	1	2	3
12.	tremblement de mains	0	1	2	3

13.	tremblements, chancelant(e)	0	1	2	3
14.	crainte de perdre le contrôle	0	1	2	3
15.	respiration difficile	0	1	2	3
16.	peur de mourir	0	1	2	3
17.	sensation de peur, « avoir la frousse »	0	1	2	3
18.	indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
19.	sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
20.	rougissement du visage	0	1	2	3
21.	transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

TABLE DES MATIERES

DEDICACE _____ i
REMERCIEMENTS _____ ii
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES _____ iii
RESUME _____ iv
ABSTRACT _____ iv
SOMMAIRE _____ 1
INTRODUCTION _____ 1
CHAPITRE 1 : APPROCHE THEORIQUE DE LA RECHERCHE _____ 3
1.1 REVUE DE LITTERATURE _____ 3
1.1.1 Facteurs liés au viol ou violences sexuelles _____ 3
1.1.2 Facteurs socioculturels liés au viol et à la résilience post traumatique ___ 4
1.1.3 Notion de consentement dans l'éducation sexuelle _____ 6
1.2 PROBLEMATIQUE _____ 9
1.2.1. Hypothèses de la recherche _____ 12
1.2.2. Objectifs de la recherche _____ 13
1.2.2.1. Objectif général _____ 13
1.2.2.2. Objectifs spécifiques _____ 13
1.3 CLARIFICATION CONCEPTUELLE _____ 13
1.3.1. Violence sexuelle _____ 13
1.3.2. Culture du viol _____ 15
1.3.3. Viol _____ 17
1.3.4. Traumatisme _____ 19
1.4 JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET _____ 21
1.5 MODELE D'ANALYSE _____ 21
CHAPITRE 2 : MONOGRAPHIE DU CADRE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE _____ 25
2.1 PRESENTATION DU CADRE DE LA RECHERCHE _____ 25
2.1.1 Bref présentation la ville de Cotonou _____ 25
2.1.2 Présentation de l'hôpital saint Luc de Cotonou _____ 27

2.2 DEMARCHE METHODOLOGIQUE _____ 29
2.2.1. Nature de la recherche _____ 29
2.2.2. Groupe cible et Echantillonnage _____ 29
2.2.1.1 Groupe cible _____ 29
2.2.1.2 Echantillonnage _____ 30
2.2.3. Techniques de collecte des données _____ 30
2.2.1.3 Observation directe _____ 30
2.2.1.4 Entretien semi-directif _____ 31
2.2.4. Outils de collecte de données _____ 31
2.2.1.5 Grille d'observation _____ 31
2.2.1.6 Guide d'entretien _____ 32
2.3 DEROULEMENT DE L'ENQUETE _____ 32
2.3.1. Pré-enquête _____ 32
2.3.2. Enquête proprement dite _____ 33
2.4 TRAITEMENT DES DONNEES _____ 33
2.4.1. Analyse des données _____ 33
2.4.2. Aspects éthiques _____ 34
2.5 DIFFICULTES RENCONTREES _____ 34
CHAPITRE 3 PRESENTATION DES CAS ET ANALYSE _____ 35
3.1 Facteurs sociodémographiques _____ 35
3.2 États de stress post traumatique lié au viol et lien avec le violeur _____ 38
3.3 Facteurs associés aux viols et à l'intensité de l'état de stress post traumatique _____ 40
3.4 Ressources socioculturelles de la résilience aux stress post traumatique 43
3.5 PRESENTATION DES CAS CLINIQUES _____ 44
3.5.1. CAS 1 _____ 44
3.5.2. CAS 2 _____ 45
3.5.3. CAS 3 _____ 47
3.5.4. CAS 4 _____ 49
3.5.5. CAS 5 _____ 50
CHAPITRE 4 DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE ___ 52

4.1 L'atteinte des objectifs de l'étude _____ 52
4.2 Limite qualité et validité des résultats _____ 53
4.3 Comparaison des résultats à ceux d'autres auteurs _____ 53
4.3.1 Les facteurs de risques d'agressions sexuelles et stress post traumatique chez les victimes à Cotonou _____ 53
4.3.2 Les ressources socioculturelles et la résilience des victimes au stress post traumatique du viol _____ 56
CONCLUSION _____ 59
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES _____ 61
ANNEXES _____ vii
ANNEXE 1 QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX PATIENTES _____viii
ANNEXE 2 GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX AGENTS DE L'HOPITAL SAINT LUC DE COTONOU ET DU CENTRE INTEGRE DE PRISE EN CHARGE (CIPEC) DES VICTIMES BASEES SUR LE GENRE (VBG) DE COTONOU _____ xii
TABLE DES MATIERES _____ xv