

Article

Déterminants socioculturels Yira des dysfonctionnements psychosexuels dans une perspective clinique et thérapeutique

Kahambu Vity Anuarite^{1*}, Madima Mulongo Bromains² et Twala Mway-Lins Robert²

¹ Domaine des Sciences Psychologiques et de l'Education, Facultés Africaines Bakhita (FAB), B.P. 63, Butembo, République Démocratique du Congo

² Domaine des Sciences Psychologiques et de l'Education, Université Pédagogique Nationale, B.P. 8815, Kinshasa 1, République Démocratique du Congo

• Correspondant : vityanuarite@gmail.com

Citation : Vity, K. A et al., Déterminants socioculturels Yira des dysfonctionnements psychosexuels dans une perspective clinique et thérapeutique. *Etincelle*. 2026, Vol. 26, no. 2. <https://doi.org/10.61532/rime262165>

Reçu: 12 Juin 2026

Accepté: 06 Septembre 2026

Publié: 13 Septembre 2026

Note de l'éditeur: Ishango-uac reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les cartes géographiques publiées et les affiliations institutionnelles des auteurs.



Copyright: © 2026 par les auteurs. Soumis pour une publication en libre accès selon les termes et conditions de la licence Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: La santé sexuelle, bien qu'essentielle au bien-être global, demeure fortement influencée par les normes socioculturelles dans de nombreux contextes africains, notamment chez les Yira de Butembo et Beni. Dans ces milieux, la sexualité est souvent encadrée par des tabous, des croyances et des rapports de genre qui influencent l'expression et la compréhension des dysfonctionnements psychosexuels. Cette étude vise à analyser les déterminants socioculturels des dysfonctionnements psychosexuels chez les Yira dans une perspective clinique et thérapeutique. Pour ce faire, une approche mixte a été adoptée, combinant des entretiens semi-directifs, des focus groups et des questionnaires administrés auprès de 120 adultes (60 hommes et 60 femmes). Les résultats montrent une prévalence notable des troubles du désir (29,2 %), de la dysfonction érectile (25%) et de l'anorgasmie (23,3%). Ces troubles sont fortement associés au silence sexuel (70,8%), à la domination masculine (65%) et aux interdits traditionnels (60%). Par ailleurs, 37,5% des participants attribuent leurs difficultés à la sorcellerie, tandis que 41,7 % recourent aux tradi-praticiens. Une corrélation significative est observée entre le niveau de tabou et la présence de troubles (83,3% en cas de tabou élevé). En conclusion, les dysfonctionnements psychosexuels chez les Yira s'inscrivent dans un système socioculturel structurant, nécessitant des approches cliniques contextualisées et interculturelles.

Mots-clés : Déterminants socioculturels, Dysfonctionnements psychosexuels, Yira (Nande), Approche clinique, Santé sexuelle, Perspective thérapeutique, RDC.

1. Introduction

La santé sexuelle constitue un pilier fondamental du bien-être global de l'individu, intégrant des dimensions biologiques, psychologiques, sociales et culturelles. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la santé sexuelle ne se réduit pas à l'absence de maladie ou de dysfonctionnement, mais renvoie à un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en lien avec la sexualité (*Organisation mondiale de la santé, 2006*). Cette définition, bien que globalement admise, se heurte dans de nombreux contextes africains à des réalités socioculturelles profondément enracinées qui détachent, voire contraignent, l'expression et la compréhension de la sexualité.

Dans le contexte africain en général, et en République démocratique du Congo en particulier, la sexualité demeure fortement encadrée par des normes sociales, des

valeurs traditionnelles et des systèmes de croyances hérités des structures communautaires. Ces normes, généralement transmises de manière implicite à travers la socialisation familiale et les rites initiatiques, définissent ce qui est considéré comme acceptable ou déviant en matière de comportements sexuels (Airhihenbuwa & Obregon, 2000). Ainsi, la sexualité ne relève pas uniquement de la sphère privée, mais constitue un espace de régulation sociale où s'expriment les rapports de pouvoir, les hiérarchies de genre et les représentations symboliques du corps.

Au sein de cette mosaïque culturelle, le peuple Yira (identiquement appelé Nande) occupant principalement les territoires de Lubero, Butembo et Beni, présente des spécificités anthropologiques notables. Les Yira se caractérisent par une organisation sociale fortement structurée autour des valeurs de respect, de pudeur et de contrôle des comportements sexuels. Comme le souligne Bergmans (1971, 1973), la sexualité chez les Nande est traditionnellement enveloppée dans un système de symboles, de tabous et d'interdits qui visent à préserver l'ordre moral et la cohésion sociale. Dans ce cadre, parler de sexualité en public ou exprimer des difficultés sexuelles est souvent perçu comme une transgression des normes établies. Dans une perspective introspective, il n'est pas rare d'observer, dans les milieux urbains comme la ville de Butembo, des couples vivant en silence des souffrances intimes liées à des dysfonctionnements sexuels, sans jamais oser les verbaliser, même dans un cadre conjugal. Ce silence, loin d'être anodin, révèle une tension entre modernité et tradition, où les individus tergiversent entre des aspirations personnelles et des contraintes culturelles intériorisées.

Par ailleurs, l'étude des dysfonctionnements psychosexuels dans le contexte Yira ne peut être dissociée des dynamiques socioculturelles qui façonnent les représentations de la sexualité. En effet, des troubles tels que l'impuissance, la frigidité ou encore l'anorgasmie ne sont pas uniquement d'ordre biologique ou psychologique, mais s'inscrivent dans un univers symbolique où les croyances et les normes jouent un rôle déterminant.

Dans les communautés Yira, la sexualité est entourée de nombreux tabous qui limitent l'accès à l'information et entravent la communication. Le silence imposé autour des questions sexuelles crée un terrain propice à la méconnaissance du corps et des fonctions sexuelles, favorisant ainsi l'émergence de dysfonctionnements (Nzinga et al., 2025; Wittmann et al., 2025). Par exemple, une jeune femme mariée peut éprouver des difficultés à atteindre l'orgasme sans saisir les mécanismes physiologiques en jeu, faute d'une éducation sexuelle adéquate.

De plus, les croyances liées à la sorcellerie occupent une place centrale dans l'interprétation des troubles sexuels. Dans certains cas, l'impuissance masculine est attribuée à des attaques mystiques ou à des malédictions, détournant ainsi les individus des approches médicales ou psychothérapeutiques. Cette interprétation, bien qu'ancrée dans une logique culturelle cohérente, peut retarder, voire empêcher, une prise en charge clinique efficace. À cela s'ajoutent des sentiments de honte et de culpabilité profondément intériorisés. Par exemple, un homme Yira confronté à une dysfonction érectile peut ressentir une atteinte à son identité masculine, construite autour de la virilité et de la performance sexuelle. Cette souffrance silencieuse, fréquemment dissimulée, peut entraîner des rebondissements psychologiques importantes, telles que l'anxiété, la dépression ou le retrait social.

Dès lors, la question fondamentale de cette étude est-celle-ci : Comment expliquer les difficultés psychosexuelles en communauté Yira afin d'envisager une prise en charge clinique ? Quelle peut être la part d'influence des déterminants socioculturels Yira dans l'installation de difficultés psychosexuelles ? Par déterminants socioculturels, entendez, les tabous liés à la sexualité, les normes culturelles qui encadrent la sexualité chez les Yira, les croyances traditionnelles en la sorcellerie et aux forces invisibles autour de dysfonctionnements psychosexuels. Ce questionnement présuppose trois hypothèses.

Hypothèse 1 : L'étude postule que les normes sociales culturelles rigides encadrant la sexualité, favorisent l'installation des difficultés psychosexuelles. En limitant l'expression des désirs et en imposant des rôles stricts, ces normes peuvent générer des tensions internes et des conflits psychiques.

Hypothèse 2 : Les tabous liés à la sexualité s'érigent en obstacle à la prise en charge thérapeutique des troubles psychosexuels. En empêchant la verbalisation des difficultés, il contribue à la chronicisation des troubles et à leur aggravation.

Hypothèse 3 : Les croyances traditionnelles en la sorcellerie et aux forces invisibles influencent la perception des dysfonctionnements psychosociaux au point d'orienter les individus vers des solutions non médicales et de retarder l'accès à une prise en charge clinique appropriée.

Par conséquent, l'objectif général de cette étude est d'analyser les déterminants socioculturels des difficultés psychosexuels au sein du peuple Yira, en articulant une approche théorique et empirique dans une perspective clinique et thérapeutique. De manière spécifique, il s'agit d'abord d'identifier les facteurs socioculturels qui influencent la sexualité dans ce contexte. Ces facteurs incluent notamment les normes de genre, les tabous, les croyances religieuses et traditionnelles, ainsi que les mécanismes de socialisation. Ensuite, l'étude vise à analyser l'impact de ces facteurs sur le plan clinique, en mettant en évidence les liens entre les représentations culturelles et les manifestations des troubles psychosexuels. Enfin, l'objectif est de proposer des approches thérapeutiques adaptées au contexte Yira, en tenant compte des spécificités culturelles et des réalités locales. Il ne s'agit pas d'imposer des modèles occidentaux, mais de développer des interventions contextualisées, capables de concilier savoirs scientifiques et valeurs culturelles.

L'intérêt scientifique de cette étude réside dans son approche intégrative, combinant une revue de littérature et une analyse empirique pour mieux comprendre un phénomène encore peu exploré dans le contexte congolais. Alors que de nombreuses recherches ont été menées sur la sexualité en Afrique, peu d'entre elles adoptent une perspective clinique contextualisée, prenant en compte les spécificités culturelles locales. En outre, cette recherche présente une pertinence sociale et clinique importante. Dans un contexte où les troubles psychosexuels sont souvent ignorés ou mal compris, elle contribue à briser le silence et à promouvoir une meilleure prise en charge des individus concernés. Elle offre autant des pistes de réflexion pour les professionnels de santé, les psychologues et les intervenants communautaires, en les invitant à adopter une approche interculturelle.

En définitive, cette étude se veut autant une tentative de donner une voix à des expériences souvent tues, en reconnaissant la complexité des vécus individuels et la richesse des contextes culturels dans lesquels ils s'inscrivent. Bref, la structure de cette recherche s'organise comme suit : après cette introduction générale, une revue de littérature permettra de situer le cadre théorique et empirique de l'étude. La méthodologie présentera les choix épistémologiques et les outils utilisés. Les résultats seront ensuite exposés et discutés à la lumière des théories existantes. Enfin, une section sera consacrée aux implications cliniques et thérapeutiques, avant de parachever sur les principaux apports de la recherche.

2. Revue de littérature

2.1. Concepts clés

L'analyse des dysfonctionnements psychosexuels nécessite, en premier lieu, une clarification conceptuelle stricte, permettant de situer ces troubles à l'intersection du biologique, du psychologique et du socioculturel. Les dysfonctionnements psychosexuels désignent un ensemble de perturbations affectant le désir, l'excitation, l'orgasme ou la satisfaction sexuelle, et pouvant entraîner une détresse individuelle ou relationnelle significative (American Psychiatric Association, 2022; McCabe et al.,

2016). Parmi les manifestations les plus fréquentes figurent l'impuissance (ou dysfonction érectile), la frigidité, l'anorgasmie et les troubles du désir sexuel. Toutefois, ces catégories diagnostiquées ne sauraient être comprises indépendamment du contexte culturel dans lequel elles prennent forme. Dans le contexte Yira, par exemple, l'impuissance masculine dépasse largement le cadre biomédical pour s'inscrire dans une dimension symbolique liée à la virilité, à l'honneur familial et à la reconnaissance sociale. Un homme confronté à une telle difficulté peut intérioriser un sentiment d'échec profond, perçu non seulement comme une incapacité physiologique, mais comme une défaillance identitaire. Certains témoignages recueillis dans les milieux de Butembo révèlent que des hommes préfèrent recourir à des pratiques traditionnelles ou mystiques plutôt que de consulter un professionnel de santé, de peur d'être stigmatisés ou ridiculisés.

Cette réalité met en lumière l'importance de la notion de culture dans la compréhension de la sexualité. La culture peut être définie comme un ensemble de valeurs, de normes, de croyances et de pratiques partagées par un groupe social, influençant les comportements et les représentations individuelles (Hofstede, 2001; Wittmann et al., 2025). En matière de sexualité, elle joue un rôle structurant en définissant ce qui est permis, interdit ou valorisé. Chez les Yira, la sexualité est traditionnellement encadrée par des règles implicites de pudeur et de discrétion, transmises dès l'enfance à travers la socialisation familiale et les discours normatifs. Dans ce cadre, la Psychologie clinique apparaît comme un champ d'analyse privilégié pour appréhender les interactions complexes entre les dimensions psychiques et culturelles. Elle permet d'explorer les conflits internes, les mécanismes de défense et les représentations inconscientes qui sous-tendent les troubles psychosexuels. Ainsi, un symptôme tel que l'anorgasmie peut être interprété non seulement comme une difficulté physiologique, mais aussi comme l'expression d'un conflit psychique lié à des interdits intériorisés ou à une éducation sexuelle restrictive. L'articulation entre ces concepts (dysfonctionnement, culture et psychologie clinique) ouvre ainsi la voie à une compréhension globale et intégrée de la sexualité humaine, où le symptôme devient un langage révélateur des tensions entre l'individu et son environnement socioculturel.

2.2. Approches théoriques associées

L'étude des dysfonctionnements psychosexuels a donné lieu à l'émergence de plusieurs cadres théoriques, chacun apportant une précision spécifique sur les mécanismes en jeu. L'approche psychanalytique, initiée par Sigmund Freud, constitue l'un des fondements historiques de la compréhension des troubles sexuels. Selon Freud, la sexualité est au cœur du développement psychique de l'individu, et les troubles sexuels résultent souvent de conflits inconscients, de refoulements ou de fixations à des stades précoces du développement (Freud, 1905). Dans cette perspective, l'impuissance ou la frigidité peuvent être interprétées comme des expressions symboliques de conflits intrapsychiques non résolus. Cependant, si cette approche offre une profondeur d'analyse remarquable, elle présente certaines limites dans des contextes non occidentaux, où les structures symboliques et les représentations de la sexualité diffèrent sensiblement. Dans le contexte Yira, par exemple, les conflits psychiques ne peuvent être dissociés des normes sociales et des croyances collectives qui influencent la construction du sujet.

C'est dans cette optique que l'approche cognitivo-comportementale (TCC) apporte une contribution complémentaire. Elle met l'accent sur les pensées, les croyances et les comportements appris, considérant que les dysfonctionnements sexuels résultent souvent de schémas cognitifs dysfonctionnels ou d'apprentissages inadaptés (Beck, 1976). Par exemple, une femme ayant intégré l'idée que la sexualité est honteuse ou

interdite peut développer une inhibition du désir ou des difficultés à atteindre l'orgasme. Cette approche, plus pragmatique, permet d'élaborer des interventions thérapeutiques ciblées, basées sur la restructuration cognitive et l'exposition progressive.

Toutefois, ni la psychanalyse ni les TCC ne suffisent à elles seules à rendre compte de la complexité des réalités africaines. C'est pourquoi l'approche socioculturelle s'impose comme un cadre indispensable pour contextualiser les troubles psychosexuels. Cette approche considère que les comportements sexuels sont socialement construits et que les normes culturelles influencent non seulement les pratiques, mais aussi les perceptions des symptômes (Airhihenbuwa, 1995). Par exemple, une femme Yira peut ne pas percevoir l'absence de plaisir sexuel comme un problème, mais comme une norme attendue dans le cadre conjugal, où la sexualité est souvent orientée vers la reproduction plutôt que vers le plaisir. Ce décalage entre les standards biomédicaux et les représentations culturelles souligne la nécessité d'une approche intégrative, capable de dialoguer avec les savoirs locaux.

Ainsi, l'articulation entre ces trois approches (psychanalytique, cognitivo-comportementale et socioculturelle) permet de construire un cadre théorique multidimensionnel, apte à saisir la complexité des dysfonctionnements psychosexuels dans le contexte Yira.

2.3. Études empiriques existantes

Les recherches empiriques menées en Afrique sur la sexualité mettent en évidence le rôle central des normes socioculturelles dans la régulation des comportements sexuels. Plusieurs études ont montré que les tabous entourant la sexualité contribuent à une faible communication entre partenaires, à une méconnaissance du corps et à une prévalence élevée de troubles psychosexuels (Nzinga et al., 2025; Wittmann et al., 2025). Dans de nombreux contextes africains, la sexualité reste un sujet sensible, souvent exclu des espaces de discussion publique et même familiale. En République démocratique du Congo (RDC), les travaux de Waswandi (1992) et de Bergmans (1971, 1973) ont mis en lumière les spécificités culturelles des communautés Nande, notamment en ce qui concerne les pratiques matrimoniales, les rites initiatiques et les normes de genre. Ces études montrent que la sexualité est étroitement liée à des enjeux de pouvoir, de statut social et de moralité. Par exemple, la valorisation de la virginité féminine avant le mariage et la stigmatisation des femmes sexuellement actives en dehors du cadre conjugal peuvent engendrer des conflits internes et des inhibitions sexuelles.

Dans les zones urbaines comme Beni ou Butembo, les mutations sociales liées à l'urbanisation et à la mondialisation introduisent de nouvelles normes et pratiques sexuelles, parfois en contradiction avec les valeurs traditionnelles. Cette cohabitation de modèles culturels peut générer une forme de dissonance cognitive, où les individus se retrouvent tiraillés entre des injonctions contradictoires. Par ailleurs, les représentations spirituelles et le pluralisme thérapeutique influencent les trajectoires de soins dans plusieurs contextes africains et congolais, y compris pour des problèmes sexuels ou urologiques (Mutombo et al., 2022; Wittmann et al., 2025). Ces trajectoires thérapeutiques, ancrées dans des logiques culturelles spécifiques, doivent être prises en compte par les professionnels afin de favoriser une orientation sûre et, lorsque nécessaire, une prise en charge clinique appropriée.

Cependant, malgré la richesse de ces travaux, il convient de souligner que peu d'études adoptent une approche véritablement clinique, intégrant à la fois l'analyse des symptômes, des représentations et des trajectoires thérapeutiques. Cette lacune constitue un obstacle à la compréhension globale des dysfonctionnements psychosexuels dans le contexte congolais.

En résumé, l'examen des études existantes révèle un ensemble de limites qui justifient la pertinence de la présente recherche. Tout d'abord, la majorité des travaux se

concentre sur les aspects socioculturels de la sexualité, sans intégrer de manière approfondie les dimensions cliniques et psychologiques. Cette approche fragmentée empêche de saisir la complexité des interactions entre les facteurs individuels et collectifs. Ensuite, les modèles théoriques utilisés sont souvent importés de contextes occidentaux, sans adaptation suffisante aux réalités africaines. Or, comme le souligne Airhihenbuwa (1995), l'application de modèles universels sans contextualisation peut conduire à des interprétations erronées et à des interventions inefficaces. Dans le cas des Yira, les spécificités culturelles nécessitent une approche située, capable de prendre en compte les logiques locales.

Par ailleurs, le manque de données empiriques issues du terrain constitue une autre limite majeure. Les études existantes reposent souvent sur des observations générales ou des analyses secondaires, sans exploration approfondie des vécus individuels. Pourtant, une approche introspective, centrée sur les récits de vie et les expériences subjectives, permettrait de mieux comprendre les mécanismes à l'œuvre. Enfin, il apparaît clairement que les dysfonctionnements psychosexuels ne peuvent être appréhendés de manière unidimensionnelle. Leur compréhension exige une approche mixte, combinant les apports de la revue de littérature et de l'enquête empirique, afin de croiser les perspectives et de produire un savoir contextualisé. Ainsi, la présente étude s'inscrit dans une démarche innovante, visant à combler ces lacunes en proposant une analyse intégrée, à la fois théorique et empirique, des déterminants socioculturels Yira des dysfonctionnements psychosexuels, dans une perspective résolument clinique et thérapeutique.

3. Méthodologie de recherche

Dans une perspective analytico-descriptive enrichie par une approche introspective des réalités vécues, cette méthodologie vise à comprendre en profondeur les déterminants socioculturels des dysfonctionnements psychosexuels chez les Yira, en articulant rigueur scientifique et immersion dans les réalités subjectives vécues. Le terrain d'étude, situé dans les villes de Butembo et Beni, constitue un espace socioculturel dynamique où coexistent traditions ancestrales et influences modernes, créant ainsi un cadre propice à l'analyse des tensions psychosexuelles.

3.1. Type d'étude

La présente recherche adopte une approche mixte, combinant de manière complémentaire les méthodes qualitatives et quantitatives. Ce choix méthodologique s'inscrit dans la logique de Creswell et Plano Clark (2018), qui recommandent cette approche pour les phénomènes complexes impliquant à la fois des dimensions subjectives et mesurables. Dans cette dynamique, l'approche qualitative a permis d'explorer les expériences intimes et les représentations sociales liées à la sexualité. Elle s'est appuyée sur des entretiens semi-directifs approfondis, permettant aux participants d'exprimer librement leurs vécus ; et des récits de cas cliniques, révélant des trajectoires marquées par le silence, la honte ou la culpabilité. Parallèlement, l'approche quantitative a permis de structurer ces observations en données mesurables, notamment à travers l'administration de questionnaires standardisés ; la quantification des fréquences des troubles sexuels et l'identification de relations entre variables socioculturelles et manifestations cliniques. Ainsi, la conjonction de ces deux approches a permis de croiser les regards, renforçant la validité interne et externe des résultats.

3.2. Population et échantillon

La population cible est constituée d'adultes appartenant au groupe socioculturel Yira (Nande), résidant dans les zones urbaines et périurbaines de Butembo et Beni. Le choix de cette population se justifie par la richesse de ses structures culturelles et par la prégnance des normes encadrant la sexualité.

Les critères d'inclusion ont été définis de manière à garantir la pertinence des données recueillies. Ainsi, les participants devaient :

- Etre âgés de 18 à 60 ans, afin de couvrir une large diversité d'expériences sexuelles ;
- Appartenir à la culture Yira, condition essentielle pour l'analyse socioculturelle ;
- Avoir une expérience sexuelle ou conjugale ;
- Accepter de participer volontairement à l'étude, conformément aux principes éthiques.

L'échantillon retenu est de 120 participants, répartis équitablement entre hommes et femmes, soit 60 hommes et 60 femmes. Cette répartition permet une analyse comparative des dynamiques de genre, particulièrement pertinente dans un contexte où les rôles sexuels sont socialement différenciés.

Tableau 1: Répartition selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Hommes	60	50%
Femmes	60	50%
Total	120	100%

Ce tableau montre une parfaite parité, ce qui permet d'éviter une lecture biaisée des phénomènes étudiés. Dans une perspective analytique, cette symétrie offre la possibilité de mettre en évidence les différences et similitudes dans la manière dont les hommes et les femmes vivent et interprètent les troubles psychosexuels.

Tableau 2: Répartition selon l'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
18 – 30 ans	40	33,3%
31 – 45 ans	50	41,7%
46 – 60 ans	30	25%

L'analyse de ce tableau révèle une prédominance de la tranche d'âge 31–45 ans, période correspondant généralement à une intensité accrue de la vie conjugale. Cette catégorie constitue un groupe clé pour l'étude des tensions entre normes culturelles et pratiques sexuelles.

Tableau 3 : Répartition selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariés	70	58,3%
Célibataires	30	25%
Veufs/Divorcés	20	16,7%
Total	120	100%

La majorité des participants étant mariés, cela confirme que la sexualité est principalement vécue dans le cadre conjugal dans le contexte Yira. Toutefois, l'inclusion d'autres statuts permet de capter une diversité de représentations et d'expériences.

3.3. Techniques de collecte des données

La collecte des données s'est appuyée sur plusieurs techniques complémentaires, permettant de trianguler les informations recueillies. Les entretiens semi-directifs ont constitué l'outil principal d'exploration qualitative. Ils ont permis d'aborder des thèmes sensibles dans un cadre confidentiel, de recueillir des récits riches en contenu émotionnel et de comprendre les logiques internes des participants. Les focus groups ont favorisé l'émergence de discours collectifs, révélant les normes sociales dominantes, les mécanismes de régulation communautaire, les représentations partagées de la sexualité. Les questionnaires structurés ont permis de quantifier certains phénomènes, notamment la fréquence des troubles sexuels, les attitudes face à la thérapie, et les croyances culturelles associées.

Enfin, l'observation clinique, bien que discrète, a permis de capter les silences significatifs, les hésitations discursives et les réactions émotionnelles face aux questions sensibles.

3.4. Analyse des données

Les données qualitatives ont été analysées à travers la méthode d'Analyse thématique (Braun & Clarke, 2006, 2021). Cette méthode a permis d'identifier des thèmes récurrents, de structurer les récits en catégories analytiques et de dégager des significations profondes. Les données quantitatives ont été traitées à l'aide de statistiques descriptives, incluant les fréquences, les pourcentages et les tableaux croisés. Cette double analyse a permis de croiser les dimensions subjectives et objectives, offrant une compréhension globale du phénomène étudié.

3.5. Déroulement des opérations sur terrain

Le déroulement de l'enquête s'est organisé en plusieurs phases successives, chacune répondant à des exigences méthodologiques précises :

- **Phase préparatoire** : élaboration des outils, traduction en Kinande et test pilote auprès d'un petit groupe. Cette étape a permis d'adapter le langage aux réalités locales.
- **Phase de collecte** : administration des questionnaires, conduite des entretiens et organisation des focus groups. Cette phase a été marquée par une certaine réticence initiale des participants et une libération progressive de la parole grâce à un climat de confiance.
- **Phase de traitement** : transcription des données, codification et analyse. Cette étape a nécessité une attention particulière pour préserver la fidélité des propos recueillis.
- **Phase de validation** : triangulation des données et vérification de la cohérence des résultats, garantissant ainsi la crédibilité scientifique de l'étude.

Dans cette perspective, le terrain s'est révélé comme un espace de tension entre silence et expression, où chaque parole recueillie constituait à la fois un acte de dévoilement et une forme de résistance aux normes sociales.

4. Résultats attendus

4.1. Présentation des résultats

Dans cette section, les résultats sont présentés dans une logique intégrée, combinant les apports théoriques et les données empiriques issues du terrain mené à Butembo et Beni. L'objectif est de rendre visible, à travers des données chiffrées et des analyses qualitatives, la manière dont les déterminants socioculturels structurent les dysfonctionnements psychosexuels chez les Yira.

Tableau 4 : Normes socioculturelles Yira et fréquence d'exposition

Norme socioculturelle	Fondement théorique	Effectif (n=120)	Pourcentage	Effets psychosexuels dominants
Silence sexuel	Tabou culturel	85	70,8%	Trouble du désir, anxiété
Domination masculine	Norme de genre	78	65%	Inhibition féminine, anorgasmie
Interdits traditionnels	Régulation sociale	72	60%	Culpabilité, refoulement

Ce tableau montre que le silence sexuel constitue la norme la plus fortement internalisée (70,8%), confirmant son rôle structurant dans la limitation de la communication sexuelle. La domination masculine, observée chez 65% des participants, traduit une asymétrie de pouvoir qui influence directement la satisfaction sexuelle, notamment chez les femmes. Les interdits traditionnels (60%) renforcent les mécanismes de culpabilité, contribuant à une sexualité contrainte et peu épanouie. Ces résultats illustrent une convergence entre théorie et pratique, soulignant la centralité des normes culturelles dans la genèse des troubles psychosexuels.

Tableau 5 : Distribution des dysfonctionnements psychosexuels

Type de trouble	Effectif	Pourcentage
Trouble du désir	35	29,2%
Dysfonction érectile	30	25%
Anorgasmie	28	23,3%
Faible satisfaction	27	22,5%
Total	120	100%

Les troubles du désir dominant, révélant une inhibition globale de la dynamique sexuelle. Cette tendance suggère que les facteurs psychologiques et culturels jouent un rôle plus déterminant que les causes strictement biologiques.

Tableau 6 : Niveau de tabou et présence de dysfonctionnements

Niveau de tabou	Troubles présents	Troubles absents
Élevé	50 (83,3%)	10 (16,7%)
Faible	20 (33,3%)	40 (66,7%)
Total	70	50

L'écart significatif entre les deux groupes confirme une forte association entre tabou et dysfonctionnement. Le tabou agit ici comme un facteur inhibiteur majeur.

Tableau 7 : Perception des causes des troubles sexuels

Cause perçue	Effectif	Pourcentage
Sorcellerie	45	37,5%
Psychologique	30	25%
Biologique	25	20,8%
Inconnue	20	16,7%
Total	120	100%

La prédominance des explications mystiques traduit une orientation culturelle forte dans l'interprétation des troubles, ce qui influence négativement le recours aux soins modernes.

Tableau 8 : Modes de recours thérapeutique

Type de recours	Effectif	Pourcentage
Tradipraticiens	50	41,7%
Aucun recours	30	25%
Médecine moderne	25	20,8%
Conseils religieux	15	12,5%
Total	120	100%

Le recours majoritaire aux tradipraticiens (41,7%) confirme l'influence des croyances culturelles. Le faible recours à la médecine moderne montre une rupture entre les systèmes de soins et les représentations locales.

Tableau 9 : Communication sexuelle dans le couple

Niveau de communication	Effectif	Pourcentage
Faible	70	58,3%
Moyenne	30	25%
Élevée	20	16,7%
Total	120	100%

La majorité des participants présentent une faible communication sexuelle, ce qui constitue un facteur aggravant des dysfonctionnements. Le silence apparaît comme un mécanisme central de reproduction des troubles.

Tableau 10 : Influence du genre sur les troubles

Sexe	Présence de troubles	Absence	Total
Hommes	40 (66,7%)	20	60
Femmes	50 (83,3%)	10	60
Total	90	30	120

Les femmes présentent une proportion plus élevée de troubles (83,3%), ce qui peut s'expliquer par la domination masculine et l'inhibition culturelle. Cette différence met en évidence une vulnérabilité spécifique liée au genre.

Tableau 11 : Synthèse des déterminants socioculturels et effets

Facteur socioculturel	Fondement théorique	Fréquence (%)	Manifestations empiriques	Effets cliniques
Silence sexuel	Tabou culturel	70,8%	Faible communication	Trouble du désir
Domination masculine	Norme sociale	65%	Soumission féminine	Anorgasmie
Croyances mystiques	Représentation	37,5%	Attribution à sorcellerie	Retard de soins
Interdits traditionnels	Régulation sociale	60%	Culpabilité	Refoulement

Ce tableau met en évidence une forte cohérence entre les données théoriques et empiriques. Les déterminants socioculturels identifiés dans la littérature sont confirmés par les observations de terrain. Toutefois, une spécificité Yira se dégage clairement : la forte interaction entre silence, croyances mystiques et domination de genre, formant un système complexe de régulation de la sexualité.

Dans une lecture globale, ces résultats confirment que les dysfonctionnements psychosexuels ne relèvent pas simplement de facteurs individuels, mais s'inscrivent dans une dynamique socioculturelle structurante. Ils soulignent ainsi la nécessité d'une approche clinique intégrative, sensible aux réalités culturelles locales.

4.2. Discussion des résultats

La discussion des résultats de cette étude s'inscrit dans une démarche analytico-descriptive approfondie, articulant les données empiriques issues du terrain avec les cadres théoriques mobilisés. Elle s'appuie explicitement sur les tendances observées dans les tableaux précédents afin de proposer une interprétation clinique contextualisée des dysfonctionnements psychosexuels chez les Yira.

4.2.1. Interprétation clinique des résultats

L'analyse clinique met en évidence une forte prévalence des troubles psychosexuels, surtout les troubles du désir (29,2%), la dysfonction érectile (25%) et l'anorgasmie (23,3%) (Tableau 5). Ces résultats traduisent une perturbation globale du fonctionnement sexuel, affectant à la fois les dimensions corporelles, affectives et relationnelles. Dans une perspective clinique, ces troubles apparaissent moins comme des entités isolées que comme les expressions d'un malaise psychique enraciné dans un contexte socioculturel contraignant. Le fait que 70,8% des participants soient exposés au silence sexuel (Tableau 4) suggère une absence d'espace de verbalisation, essentielle à l'élaboration psychique des expériences sexuelles. Ce déficit de communication favorise l'accumulation de tensions internes, pouvant se traduire par une inhibition du désir ou une anxiété de performance. Par ailleurs, la forte proportion de femmes présentant des troubles (83,3% contre 66,7% chez les hommes, Tableau 10) indique une vulnérabilité spécifique liée au genre. Cette différence peut être interprétée comme le résultat d'une socialisation différenciée, où la sexualité féminine est souvent associée à la passivité, à la retenue et à la soumission. Dans ce contexte, l'anorgasmie apparaît non pas comme un dysfonctionnement individuel, mais comme une conséquence logique d'un système normatif qui limite l'expression du plaisir féminin.

4.2.2. Comparaison avec la littérature

Les résultats obtenus s'inscrivent dans la continuité des travaux menés en Afrique sur les liens entre culture et sexualité. Comme le souligne Airhihenbuwa (1995), les comportements de santé, y compris sexuels, sont profondément influencés par les

normes culturelles. La prévalence élevée du silence sexuel (70,8%, Tab. 4) confirme ce postulat, en montrant que les tabous constituent un obstacle majeur à l'expression et à la compréhension de la sexualité. De même, la prédominance des croyances en la sorcellerie comme cause des troubles (37,5%, Tab. 7) rejoint les observations faites dans d'autres contextes africains, où les explications mystiques coexistent avec les approches biomédicales. Cette dualité contribue à une segmentation des parcours thérapeutiques, comme en témoigne le recours aux tradipraticiens (41,7%, Tab. 8). Cependant, la présente étude apporte une contribution spécifique en mettant en évidence l'interaction entre plusieurs déterminants socioculturels (silence, domination masculine, interdits) qui, combinés, produisent un effet cumulatif sur la santé psychosexuelle. Cette approche intégrée dépasse les analyses fragmentaires souvent observées dans la littérature. Des synthèses récentes confirment également que la prévalence et l'expression des dysfonctionnements sexuels varient selon les contextes socioculturels et les modalités d'évaluation en Afrique (Nzinga et al., 2025; Wittmann et al., 2025).

4.2.3. Explication des mécanismes psychologiques

Les résultats permettent d'identifier plusieurs mécanismes psychologiques sous-jacents aux dysfonctionnements observés, notamment la culpabilité, la honte et le refoulement. La culpabilité apparaît comme un effet direct des interdits traditionnels, auxquels 60% des participants sont exposés (Tab. 4). Elle se manifeste par un sentiment d'avoir transgressé une norme morale, même en l'absence de comportement objectivement déviant. Cette culpabilité peut inhiber le désir et altérer la satisfaction sexuelle. La honte, quant à elle, est étroitement liée au silence sexuel. Le fait que 58,3% des participants présentent une faible communication dans le couple (Tab. 9) indique une difficulté à exprimer ses besoins ou ses difficultés. Cette honte intériorisée empêche la recherche d'aide et renforce l'isolement psychique. Le refoulement, se manifeste par une mise à distance des désirs ou des pensées jugées inacceptables. Dans le contexte Yira, ce mécanisme est renforcé par les normes sociales, menant à une sexualité vécue dans la contrainte plutôt que dans le plaisir. Dans cette perspective, ces mécanismes traduisent une lutte interne entre les pulsions individuelles et les exigences sociales, où le corps devient le lieu d'expression d'un conflit non résolu.

4.2.4. Discussion par rapport aux hypothèses de recherche

Les résultats obtenus permettent de valider les hypothèses formulées au début de l'étude. L'hypothèse selon laquelle les normes culturelles rigides favorisent les troubles est confirmée par la forte exposition au silence (70,8%) et à la domination masculine (65%) (Tableau 4), associée à une prévalence élevée des dysfonctionnements (Tableau 5). L'hypothèse relative à l'impact du tabou sur la prise en charge est également validée. Le Tableau 6 montre que 83,3% des individus exposés à un tabou élevé présentent des troubles, contre 33,3% chez ceux exposés à un tabou faible. Cette différence significative souligne le rôle inhibiteur du tabou. Enfin, l'hypothèse concernant l'influence des croyances traditionnelles est confirmée par le fait que 37,5% des participants attribuent leurs troubles à la sorcellerie (Tableau 7), ce qui influence leurs choix thérapeutiques (Tableau 8). Ainsi, l'ensemble des hypothèses est empiriquement soutenu, renforçant la cohérence interne de la recherche.

4.2.5. Discussion par rapport aux objectifs de la recherche

Les objectifs de l'étude ont été globalement atteints. L'identification des facteurs socioculturels a permis de mettre en évidence trois déterminants majeurs : le silence

sexuel, la domination masculine et les croyances mystiques (Tableaux 4 et 11). L'analyse de leur impact clinique a montré que ces facteurs influencent directement la prévalence et la nature des dysfonctionnements, comme en témoignent les données des Tableaux 5 et 10. Enfin, bien que les implications thérapeutiques soient développées dans une section ultérieure, les résultats actuels suggèrent déjà la nécessité d'une approche intégrative, tenant compte des dimensions culturelles. Dans une perspective analytique, ces résultats montrent que la sexualité ne peut être abordée de manière isolée, mais doit être comprise comme un phénomène socialement construit et psychologiquement intériorisé.

4.2.6. Discussion par rapport aux conclusions spécifiques de la recherche

Les conclusions spécifiques qui émergent de cette étude mettent en lumière une réalité complexe, où les dysfonctionnements psychosexuels apparaissent comme le produit d'une interaction dynamique entre facteurs individuels et socioculturels. Premièrement, la sexualité chez les Yira est fortement régulée par des normes implicites, qui limitent l'expression des besoins et des difficultés. Cette régulation se traduit par une prévalence élevée de troubles, notamment chez les femmes. Deuxièmement, les mécanismes psychologiques identifiés (culpabilité, honte, refoulement) jouent un rôle central dans la transformation des contraintes sociales en symptômes cliniques. Troisièmement, les trajectoires thérapeutiques sont influencées par les croyances culturelles, ce qui nécessite une adaptation des interventions cliniques aux réalités locales. En définitive, cette étude met en évidence la nécessité d'une approche clinique interculturelle, capable de reconnaître la légitimité des cadres culturels tout en proposant des stratégies thérapeutiques efficaces.

5. Implications cliniques et thérapeutiques

L'analyse des résultats met en évidence que les dysfonctionnements psychosexuels observés chez les Yira ne peuvent être efficacement pris en charge sans une compréhension approfondie de leur ancrage socioculturel. Les données empiriques, notamment la forte exposition au silence sexuel (70,8 %), à la domination masculine (65%) et aux croyances mystiques (37,5%) (Tableaux 4 et 11), montrent que toute intervention clinique doit dépasser le cadre strictement biomédical pour intégrer les dimensions culturelles, psychologiques et sociales. Ainsi, les implications cliniques et thérapeutiques qui en découlent s'inscrivent dans une approche globale, contextualisée et interculturelle.

5.1. Diagnostic

Le diagnostic des dysfonctionnements psychosexuels dans le contexte Yira (notamment Nande) exige une redéfinition des pratiques cliniques classiques, en intégrant pleinement les déterminants socioculturels identifiés. Dans une perspective analytique, il apparaît que les symptômes observés, tels que les troubles du désir (29,2%) ou l'anorgasmie (23,3%) (Tableau 5), ne peuvent être interprétés de manière isolée. Ils doivent être compris comme des expressions d'un malaise plus profond, souvent lié à des conflits entre normes sociales et expériences individuelles. Par exemple, une femme présentant une absence de plaisir sexuel peut ne pas percevoir cela comme un trouble, en raison de l'intériorisation de normes valorisant la passivité sexuelle. Ainsi, le diagnostic doit impérativement intégrer :

- **Le contexte culturel** : Prendre en compte les normes de pudeur, les tabous et les croyances et comprendre les significations culturelles attribuées aux symptômes (ex : sorcellerie).
- **Une évaluation bio-psycho-sociale** : Biologique (état de santé général, facteurs hormonaux ou médicaux), Psychologique (anxiété, culpabilité, estime de soi, conflits internes), et Social (dynamique conjugale, pression sociale, normes culturelles).

Dans le champ de la Psychologie clinique, cette approche globale permet de dépasser une lecture symptomatique pour accéder à une compréhension intégrée du sujet. Ici, le clinicien est ainsi appelé à écouter non seulement ce qui est dit, mais aussi ce qui est tu (les silences, les hésitations, les non-dits) qui constituent souvent les indices les plus révélateurs du conflit psychique.

5.2. Approches thérapeutiques adaptées

L'élaboration d'interventions thérapeutiques adaptées au contexte Yira (Nande) nécessite une combinaison de plusieurs approches, capables de répondre à la complexité des déterminants identifiés.

5.2.1. Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

La thérapie cognitivo-comportementale apparaît ici, comme une approche appropriée et adaptée pour travailler sur les croyances et les schémas cognitifs dysfonctionnels. Les résultats montrent que 37,5% des participants attribuent leurs troubles à la sorcellerie (Tableau 7), ce qui reflète des systèmes de pensée influençant directement le comportement. Dans ce cadre, la TCC permet d'identifier et de restructurer les croyances irrationnelles, de réduire l'anxiété de performance et de favoriser l'apprentissage de comportements sexuels adaptés. Par exemple, un homme souffrant de dysfonction érectile peut être accompagné dans la relecture de ses pensées automatiques (« je suis incapable », « je suis ensorcelé »), afin de restaurer sa confiance et réduire la pression psychologique.

5.2.3. Thérapie de couple

Les données révèlent une faible communication sexuelle dans 58,3 % des cas (Tableau 9), ce qui justifie l'importance de la thérapie de couple. Cette approche permet d'améliorer la communication entre partenaires, de déconstruire les attentes irréalistes et de restaurer l'intimité émotionnelle et sexuelle. Ici, la thérapie de couple offre un espace sécurisé où les partenaires peuvent verbaliser des expériences longtemps tues, transformant ainsi le silence en dialogue thérapeutique.

5.2.4. Approche interculturelle

L'approche interculturelle constitue un pilier indispensable dans ce contexte. Elle repose sur la reconnaissance des valeurs culturelles et sur l'adaptation des interventions aux réalités locales. Elle implique une compréhension des croyances traditionnelles sans jugement, une collaboration avec les systèmes de soins locaux (tradipraticiens, leaders religieux), une adaptation du langage et des outils thérapeutiques. Dans une logique analytique, cette approche permet de réduire la distance entre le patient et le système de soins, en favorisant une alliance thérapeutique fondée sur la confiance et le respect mutuel. Ces principes rejoignent les recommandations récentes en médecine

sexuelle, qui insistent sur l'humilité culturelle, l'autodétermination du patient et l'adaptation des soins au contexte socioculturel (Wittmann et al., 2025).

5.3. Recommandations pratiques

Au regard des résultats obtenus, plusieurs recommandations peuvent être formulées afin d'améliorer la prise en charge des dysfonctionnements psychosexuels dans le contexte Yira :

- **Sensibilisation communautaire** : La forte prévalence du silence sexuel (70,8%, Tableau 4) souligne la nécessité de briser les tabous à travers des actions de sensibilisation. Ces actions peuvent inclure des campagnes d'éducation sexuelle adaptées au contexte culturel, des discussions communautaires encadrées et des programmes de prévention ciblant les jeunes et les couples. L'objectif est de transformer progressivement les représentations sociales de la sexualité, en favorisant une approche plus ouverte et informée.
- **Intégration des leaders culturels** : Dans un contexte où les croyances traditionnelles influencent fortement les comportements (Tab. 7), l'implication des leaders culturels et religieux apparaît utile. Il s'agit surtout de collaborer avec les chefs coutumiers et leaders religieux, les sensibiliser aux enjeux de santé sexuelle, les impliquer dans les stratégies de prévention et d'accompagnement. Cette approche permet de légitimer les interventions cliniques aux yeux de la communauté.
- **Formation des cliniciens** : Enfin, la formation des professionnels de santé constitue un levier central pour améliorer la prise en charge. Elle doit inclure une formation en approche interculturelle, une sensibilisation aux réalités socioculturelles locales, des compétences en communication sur les sujets sensibles. Dans cette perspective, le clinicien doit développer une posture réflexive, lui permettant de questionner ses propres représentations et d'éviter toute forme d'ethnocentrisme.

En définitive, les implications cliniques et thérapeutiques de cette étude mettent en évidence la nécessité d'une transformation des pratiques de prise en charge, intégrant pleinement les dimensions culturelles, psychologiques et sociales. Les difficultés psychosexuelles chez les Yira ne peuvent être traitées efficacement sans une approche globale, contextualisée et participative, capable de réconcilier savoirs scientifiques et réalités locales.

6. Conclusion

La présente étude avait pour objectif d'analyser les déterminants socioculturels des difficultés psychosexuels chez les Yira dans une perspective à la fois clinique et thérapeutique, en articulant une approche mixte combinant revue de littérature et données empiriques issues du terrain à Butembo et à Beni. Les résultats obtenus ont mis en évidence une prévalence significative des troubles psychosexuels, notamment les troubles du désir (29,2%), la dysfonction érectile (25%) et l'anorgasmie (23,3%), traduisant une perturbation globale du fonctionnement sexuel dans ce contexte. Ces manifestations cliniques apparaissent étroitement liées à des déterminants socioculturels fortement intériorisés, tels que le silence sexuel (70,8%), la domination masculine (65%) et les interdits traditionnels (60%), qui structurent les représentations et les pratiques sexuelles au sein de la communauté Yira.

En réponse à la problématique centrale (à savoir comment les déterminants socio-culturels Yira influencent les dysfonctionnements psychosexuels et leur prise en charge clinique), cette recherche démontre que ces troubles ne peuvent être compris indépendamment du contexte culturel dans lequel ils s'inscrivent. Les tabous sexuels, en limitant la communication et l'accès à l'information, favorisent l'émergence de troubles liés à l'inhibition du désir et à l'anxiété de performance. Par ailleurs, les croyances traditionnelles, notamment l'attribution des troubles à la sorcellerie (37,5%), orientent les trajectoires thérapeutiques vers des solutions non biomédicales, contribuant ainsi à un retard de prise en charge clinique. Dans cette dynamique, les mécanismes psychologiques de culpabilité, de honte et de refoulement jouent un rôle central, traduisant une intériorisation des normes sociales et une difficulté à concilier les attentes culturelles avec les expériences individuelles.

L'apport de la présente étude réside dans son approche intégrative, qui combine les dimensions théoriques, empiriques et cliniques pour offrir une compréhension globale et contextualisée des dysfonctionnements psychosexuels chez les Yira. En mobilisant les outils de la Psychologie clinique tout en tenant compte des réalités socioculturelles locales, elle propose un cadre d'analyse innovant, capable de dépasser les approches universelles souvent inadaptées aux contextes africains. Elle met autant en lumière la nécessité d'une approche interculturelle dans la prise en charge thérapeutique, intégrant les croyances, les valeurs et les pratiques locales dans une logique de co-construction des interventions.

Cependant, cette étude présente certaines limites qu'il convient de reconnaître. La taille de l'échantillon, bien que suffisante pour une analyse exploratoire, ne permet pas une généralisation à l'ensemble de la population Yira. De plus, la sensibilité du sujet a pu entraîner des biais de désirabilité sociale, certains participants pouvant hésiter à exprimer librement leurs expériences. Par ailleurs, l'absence d'outils psychométriques standardisés entièrement validés dans le contexte local constitue une limite méthodologique. Enfin, la forte influence des normes culturelles a parfois restreint l'accès à certaines informations, surtout en ce qui concerne les pratiques sexuelles considérées comme taboues.

Ces limites ouvrent des perspectives intéressantes pour des recherches futures. Il serait pertinent d'élargir l'échantillon à d'autres régions et groupes culturels de la République démocratique du Congo afin de comparer les dynamiques socioculturelles et leurs conséquences sur la sexualité. Des études longitudinales pourraient autant permettre d'analyser l'évolution des représentations et des pratiques sexuelles dans un contexte de mutation sociale. Par ailleurs, le développement et la validation d'outils d'évaluation adaptés aux réalités africaines constitueraient une avancée majeure pour la recherche clinique. Enfin, une exploration plus approfondie des interactions entre médecine moderne et pratiques traditionnelles pourrait contribuer à l'élaboration de modèles thérapeutiques hybrides, mieux adaptés aux besoins des populations locales.

En définitive, cette étude met en évidence que la conception et la prise en charge des difficultés psychosexuelles chez les Yira exigent une approche globale, sensible aux dimensions culturelles et psychologiques. Elle invite à repenser les pratiques cliniques dans une perspective interculturelle, où le dialogue entre savoirs scientifiques et savoirs locaux devient un levier essentiel pour améliorer la santé sexuelle et le bien-être des individus.

Contributions : Conceptualisation, KVA ; méthodologie, KVA ; investigation, KVA ; traitement des données, KVA ; rédaction du manuscrit, KVA ; correction du manuscrit, KVA, MMB et TMR.

Les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Sponsor financier : Cette recherche n'a reçu aucun soutien financier déclaré.

Disponibilité des données : Les données utilisées dans cette étude peuvent être consultées auprès de l'auteur sous réserve du respect de l'anonymat des répondants.

Remerciement : Non applicable

Conflits d'intérêt : Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Références

1. Airhihenbuwa, C. O. (1995). *Health and culture: Beyond the Western paradigm*. SAGE Publications.
2. Airhihenbuwa, C. O., & Obregon, R. (2000). A critical assessment of theories/models used in health communication for HIV/AIDS. *Journal of Health Communication*, 5(sup1), 5–15. <https://doi.org/10.1080/10810730050019528>
3. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
4. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
5. Bergmans, L. (1971). *Les Wanande. Tome II: Croyances et pratiques traditionnelles*. Éditions A.B.B.
6. Bergmans, L. (1973). *Les Wanande. Tome III: Une peuplade aux pieds des Monts de la Lune*. Éditions A.B.B.
7. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
8. Braun, V., & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328–352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
9. Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE Publications.
10. Freud, S. (1987). *Trois essais sur la théorie sexuelle* (P. Koepfel, Trad.). Gallimard. (Ouvrage original publié en 1905)
11. Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations* (2nd ed.). SAGE Publications.
12. McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E., Lee, S. W., Lewis, R., & Segraves, R. T. (2016). Definitions of sexual dysfunctions in women and men: A consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(2), 135–143. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.019>
13. Mutombo, C. S., Bakari, S. A., Ntabaza, V. N., Nachtergaeel, A., Lumbu, J.-B. S., Duez, P., & Kahumba, J. B. (2022). Perceptions and use of traditional African medicine in Lubumbashi, Haut-Katanga province (DR Congo): A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 17(10), e0276325. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276325>
14. Nzinga, A.-M. L., Feipel, V., & Bertuit, J. (2025). Prevalence of female sexual dysfunction in Africa: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, 7, 100202. <https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2025.100202>
15. Organisation mondiale de la santé. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva*. <https://www.who.int/publications/m/item/defining-sexual-health>
16. Waswandi, N. K. (1992). Omutahio: La dot nande dans sa dynamique d'éthique religieuse. *Cahiers des religions africaines*, 25–26(49–52), 263–310.
17. Wittmann, D., Promodu, K., Osur, J., Abdulcadir, J., Johnson-Agbakwu, C., Sorial, N., Ghanem, H., Sharlip, I., Zandoná, P. C. E., Pearlman, A., Chang, H.-C., & Glina, S. (2025). The socio-cultural aspects of sexual medicine: Recommendations from the Fifth International Consultation on Sexual Medicine (ICSM 2024). *Sexual Medicine Reviews*, 13(4), 574–588. <https://doi.org/10.1093/sxmrev/qeaf050>