

Article

Déterminants socioculturels des dysfonctionnements psychosexuels chez les Yira (Nande) : implications cliniques et thérapeutiques

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

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

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

* Correspondant : vityanuarite@gmail.com

Abstract: La santé sexuelle constitue une dimension du bien-être qui dépend à la fois de facteurs biologiques, psychologiques, relationnels et socioculturels. Cette étude analyse les déterminants socioculturels associés aux difficultés psychosexuelles chez les Yira (Nande) de Butembo et Beni, dans une perspective clinique et thérapeutique. Une approche mixte a combiné questionnaire structuré, entretiens semi-directifs et focus groups auprès de 120 adultes (60 hommes et 60 femmes). Le silence autour de la sexualité (70,8 %), la domination masculine (65,0 %) et les interdits traditionnels (60,0 %) étaient les contraintes socioculturelles les plus fréquemment rapportées. Les manifestations psychosexuelles les plus souvent déclarées étaient les difficultés du désir (29,2 %), la dysfonction érectile (25,0 %) et l'anorgasmie (23,3 %). Un niveau élevé de tabou était fortement associé à la présence de troubles [$\chi^2(1) = 30,86$; $p < 0,001$; $\phi = 0,51$]. Les femmes rapportaient plus souvent des troubles que les hommes (83,3 % contre 66,7 %) [$\chi^2(1) = 4,44$; $p = 0,035$; $\phi = 0,19$]. Par ailleurs, 37,5 % des participants attribuaient leurs difficultés à la sorcellerie et 41,7 % déclaraient recourir aux tradipraticiens. Ces résultats soutiennent une lecture biopsychosociale et interculturelle des difficultés psychosexuelles et plaident pour des interventions articulant évaluation clinique, psychoéducation sexuelle, communication de couple et compétence culturelle.

Mots-clés : Déterminants socioculturels ; dysfonctionnements psychosexuels ; Yira (Nande) ; communication sexuelle ; normes de genre ; approche interculturelle ; République démocratique du Congo.

Citation : Vity, K. A., Madima, M.B., & Twala, M-L, R. Déterminants socioculturels des dysfonctionnements psychosexuels chez les Yira (Nande) : implications cliniques et thérapeutiques. *Etincelle*. 2026, Vol. 26, no. 2. <https://doi.org/10.61532/rime262155>

Reçu: 12 Juin 2026

Accepté: 06 Septembre 2026

Publié: 12 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/>).

1. Introduction

La santé sexuelle est une composante du bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité ; elle ne se réduit pas à l'absence de maladie ou de dysfonctionnement (**Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2006**). Cette conception implique une approche positive et respectueuse de la sexualité, des relations et des droits, et reconnaît l'influence des normes de genre, des relations interpersonnelles et de l'environnement social tout au long de la vie (**OMS, 2022**). L'analyse des difficultés psychosexuelles gagne dès lors à dépasser une lecture exclusivement biomédicale pour considérer conjointement les dimensions psychologiques, relationnelles et socioculturelles.

Dans les contextes africains, les expériences sexuelles se construisent au croisement de normes sociales, de croyances, de rapports de genre et de modalités variables d'accès à l'information et aux soins. Une méta-analyse récente consacrée aux dysfonctions sexuelles féminines en Afrique souligne à la fois l'importance du phénomène et

la forte hétérogénéité des estimations selon les régions et les instruments de mesure, ce qui appelle à une interprétation contextualisée des données (Nzinga Luzolo et al., 2025). De même, une revue de portée sur la communication autour de la sexualité en Afrique subsaharienne montre que les sujets jugés sensibles sont souvent évités ou abordés de manière normative, avec des barrières liées notamment aux rapports de pouvoir et au genre (Agbeve et al., 2022).

Dans le Nord-Kivu, les Yira, également appelés Nande, sont principalement établis dans les territoires de Lubero et Beni ainsi que dans la ville de Butembo. Les travaux anthropologiques disponibles décrivent des normes de pudeur, des prescriptions matrimoniales et des systèmes symboliques qui ont historiquement contribué à encadrer la vie familiale et sexuelle (Bergman, 1971/1973 ; Waswandi, 1984, 1992). Ces repères ne doivent toutefois pas être traités comme des caractéristiques fixes ou uniformes : l'urbanisation, les trajectoires individuelles, l'éducation, les appartenances religieuses et les transformations sociales peuvent produire des expériences très diverses au sein d'un même groupe culturel.

Sur le plan clinique, les dysfonctionnements sexuels concernent notamment le désir, l'excitation, l'érection, l'orgasme, la douleur ou la satisfaction, à condition que les difficultés soient appréciées dans leur contexte et en tenant compte de la détresse ou de l'altération du fonctionnement qu'elles peuvent entraîner (American Psychiatric Association, 2022). Dans cette perspective, des termes anciens et stigmatisants tels que « impuissance » ou « frigidité » sont remplacés ici par des formulations cliniques plus précises, telles que dysfonction érectile, difficultés du désir ou trouble orgasmique.

La communication sexuelle constitue un mécanisme relationnel particulièrement pertinent. Une méta-analyse de 93 études a mis en évidence une association positive entre la communication sexuelle et la satisfaction sexuelle et relationnelle (Mallory, 2022). Dans un contexte où parler de sexualité peut être associé à la gêne, à la pudeur ou à la transgression d'attentes sociales, la difficulté à exprimer les besoins, les préférences ou les symptômes peut compliquer l'identification des problèmes et retarder la demande d'aide.

Les modèles explicatifs traditionnels ou spirituels peuvent également orienter la signification attribuée aux symptômes et les trajectoires de recours. Il importe de les explorer sans les disqualifier ni les confondre avec une causalité clinique démontrée. En médecine sexuelle, l'intégration de la culture dans le modèle biopsychosocial, la littératie en santé sexuelle, l'humilité culturelle et le respect de l'autonomie du patient sont aujourd'hui considérés comme des dimensions centrales de l'évaluation et de la prise en charge (Bober & Chevalier, 2021).

La question centrale de cette étude est donc la suivante : dans quelle mesure les normes, tabous, rapports de genre et modèles explicatifs socioculturels rapportés par les participants Yira sont-ils associés aux difficultés psychosexuelles et aux trajectoires de recours aux soins ? Le terme « déterminants socioculturels » renvoie ici aux normes de communication, aux prescriptions de genre, aux interdits traditionnels et aux croyances mobilisées pour interpréter les difficultés sexuelles.

Hypothèse 1 : une exposition plus forte à des normes socioculturelles restrictives est associée à une fréquence plus élevée de difficultés psychosexuelles déclarées.

Hypothèse 2 : un niveau élevé de tabou autour de la sexualité est associé à une plus grande présence de troubles et à une moindre verbalisation des difficultés.

Hypothèse 3 : les modèles explicatifs traditionnels, notamment l'attribution à la sorcellerie ou à des forces invisibles, sont associés à des trajectoires de recours davantage orientées vers des réponses non biomédicales.

L'objectif général est d'analyser les déterminants socioculturels associés aux difficultés psychosexuelles chez les Yira de Butembo et Beni et d'en discuter les implications cliniques. Plus précisément, l'étude vise à : (1) décrire les principales normes, croyances et modalités de communication rapportées ; (2) examiner leur association

avec la présence de difficultés psychosexuelles ; (3) décrire les modèles explicatifs et les recours thérapeutiques ; et (4) proposer des pistes de prise en charge culturellement adaptées, sans substituer l'interprétation culturelle à l'évaluation clinique.

L'intérêt scientifique de ce travail tient à son ancrage local et à l'articulation de données quantitatives et qualitatives dans un champ encore peu documenté en République démocratique du Congo. La contextualisation est particulièrement importante lorsque les modèles disponibles ont été élaborés dans d'autres environnements. Dans un domaine différent, Mpia et al. (2023) ont montré, auprès de diplômés congolais en technologies de l'information, l'intérêt d'identifier empiriquement des facteurs propres au contexte plutôt que de supposer l'universalité de catégories construites ailleurs. Cette référence ne constitue pas une preuve sur la santé sexuelle ; elle fournit ici un précédent méthodologique congolais en faveur d'une analyse contextuelle des facteurs associés.

L'article présente d'abord le cadre conceptuel et les données empiriques disponibles, puis la méthodologie, les résultats et leur discussion. Il se termine par les implications cliniques, les limites de l'étude et les priorités de recherche. Tout au long de l'analyse, les résultats sont interprétés comme des associations observées dans l'échantillon et non comme des relations causales établies.

2. Revue de littérature

2.1. Concepts clés

Les dysfonctionnements psychosexuels regroupent des difficultés persistantes ou récurrentes concernant le désir, l'excitation, l'érection, l'orgasme ou d'autres dimensions de la réponse sexuelle, lorsqu'elles s'accompagnent d'une détresse cliniquement significative et sont évaluées en tenant compte du contexte relationnel, médical et culturel (American Psychiatric Association, 2022). Cette précision est essentielle : une différence par rapport à une norme supposée ne constitue pas, à elle seule, un trouble. Les catégories cliniques doivent être interprétées à partir de l'expérience de la personne, de ses attentes, de sa santé générale et du contexte dans lequel elle vit.

La culture désigne ici un ensemble dynamique de significations, normes, pratiques et cadres d'interprétation socialement partagés, mais diversement appropriés par les individus. En santé sexuelle, elle peut influencer la manière de nommer un symptôme, d'exprimer une plainte, de négocier la sexualité dans le couple et de choisir une source d'aide. Une pratique clinique culturellement compétente ne consiste donc ni à essentialiser un groupe ni à accepter sans examen toute explication culturelle ; elle vise plutôt à comprendre le sens attribué à l'expérience et à intégrer ce sens dans une évaluation biopsychosociale centrée sur la personne (Bober & Chevalier, 2021).

2.2. Cadre théorique biopsychosocial et interculturel

Le cadre retenu est principalement biopsychosocial et interculturel. Il considère que le fonctionnement sexuel résulte de l'interaction entre facteurs biologiques, processus psychologiques, dynamique relationnelle et contexte socioculturel. Cette perspective est plus adaptée à l'objet de l'étude qu'une explication monocausale : une difficulté érectile, orgasmique ou du désir peut être influencée simultanément par l'état de santé, l'anxiété, les attentes de performance, la communication conjugale, les normes de genre et les significations culturelles attribuées à la sexualité.

La thérapie cognitivo-comportementale apporte un niveau d'analyse complémentaire en s'intéressant aux pensées automatiques, aux anticipations anxieuses, aux com-

portements d'évitement et aux apprentissages qui peuvent maintenir certaines difficultés (Beck, 1976). Dans le champ sexuel, cette approche peut être utile pour travailler l'anxiété de performance, les attentes irréalistes ou les schémas de honte, à condition de distinguer les cognitions génératrices de détresse des croyances culturelles qui ont une fonction identitaire ou communautaire.

La dimension socioculturelle éclaire, quant à elle, la construction des scripts sexuels, des rôles de genre et des normes de communication. Les données synthétisées en Afrique subsaharienne montrent que la circulation de l'information sexuelle peut être limitée par des rapports de pouvoir, des attentes morales et des règles de convenance socialement définies (Agbeve et al., 2022). Au niveau du couple, une communication sexuelle de meilleure qualité est globalement associée à une satisfaction sexuelle plus élevée (Mallory, 2022), ce qui rend le silence et l'impossibilité de verbaliser des variables cliniquement pertinentes.

Le modèle d'analyse de la présente étude articule donc quatre niveaux : (1) les manifestations psychosexuelles déclarées ; (2) les processus psychologiques tels que honte, culpabilité ou anxiété ; (3) la communication et les rapports de genre ; et (4) les normes, interdits et modèles explicatifs socioculturels. Cette articulation permet de discuter les associations observées sans réduire les symptômes à la culture ni attribuer à celle-ci un effet causal qui ne pourrait être établi par le devis transversal utilisé.

2.3. Études empiriques existantes

Les données africaines disponibles confirment la nécessité d'une lecture prudente et contextualisée. La méta-analyse de Nzinga Luzolo et al. (2025), portant sur 13 études et 11 585 femmes dans cinq pays africains, rapporte une forte fréquence globale de dysfonction sexuelle féminine mais aussi une hétérogénéité très élevée entre les études ; les estimations variaient notamment selon l'outil diagnostique utilisé. Ces résultats rendent peu pertinente toute comparaison directe de « prévalence » entre études lorsque les instruments, populations et critères diffèrent. Par ailleurs, Agbeve et al. (2022) montrent que, dans plusieurs contextes d'Afrique subsaharienne, la communication autour de la sexualité peut être limitée par des normes de genre, des attentes morales et l'évitement de sujets sensibles.

Pour les Yira/Nande, les sources anthropologiques classiques décrivent des institutions matrimoniales, des rites, des valeurs de pudeur et des représentations collectives qui contribuent à structurer la vie sociale (Bergman, 1971/1973 ; Waswandi, 1984, 1992). Des travaux locaux plus récents ont également discuté les tabous sexuels et certains recours thérapeutiques en contexte congolais (Kasereka, 2015 ; Nkulu, 2010). Ces publications fournissent des repères importants, mais elles ne suffisent pas à documenter quantitativement les associations entre tabou, genre, communication, symptômes et recours dans les villes de Butembo et Beni.

Trois lacunes ressortent ainsi de la littérature mobilisée : la rareté de données cliniques spécifiques au contexte Yira, l'insuffisance d'outils psychométriques validés localement et le manque d'analyses intégrant simultanément symptômes déclarés, normes sociales et trajectoires de recours. Ces lacunes justifient un dispositif mixte capable de combiner description quantitative et compréhension qualitative des significations attribuées aux difficultés.

La présente recherche s'inscrit dans cette logique de contextualisation. Le recours à des modèles développés ailleurs peut être informatif, mais leur validité doit être réexaminée dans le contexte étudié. Le principe méthodologique consistant à identifier des facteurs propres au terrain a déjà été mobilisé dans d'autres recherches congolaises sur des phénomènes sociaux complexes, notamment l'employabilité des diplômés

(Mpia et al., 2023). Le présent travail transpose uniquement ce principe de contextualisation, et non les résultats de cette étude d'employabilité, au champ de la santé sexuelle.

En conséquence, l'originalité attendue de cette étude réside moins dans la prétention à établir une causalité culturelle que dans la mise en relation, au sein d'un échantillon Yira, de plusieurs dimensions rarement analysées ensemble : niveau de tabou, communication sexuelle, genre, modèles explicatifs et recours thérapeutiques. Cette position permet de formuler des implications cliniques tout en maintenant une distinction claire entre association statistique, interprétation qualitative et causalité.

3. Méthodologie de recherche

Cette étude adopte un devis mixte, descriptif et analytique, afin d'examiner les déterminants socioculturels associés aux difficultés psychosexuelles déclarées chez des adultes Yira résidant à Butembo et Beni. Le volet quantitatif décrit les fréquences et explore certaines associations entre variables ; le volet qualitatif documente les significations, les non-dits et les modèles explicatifs rapportés par les participants.

3.1. Type d'étude

Une approche mixte a été retenue afin de combiner la mesure de tendances observables et l'exploration des expériences subjectives (Creswell & Plano Clark, 2018). Les données quantitatives proviennent d'un questionnaire structuré, tandis que les données qualitatives sont issues d'entretiens semi-directifs et de focus groups. Cette complémentarité vise une triangulation des sources plutôt qu'une validation automatique d'un volet par l'autre.

3.2. Population et échantillon

La population cible est constituée d'adultes appartenant au groupe socioculturel Yira (Nande) et résidant dans les zones urbaines ou périurbaines de Butembo et Beni. Le choix de ce terrain répond à l'objectif d'étudier les significations et normes sexuelles dans un contexte où coexistent références traditionnelles, transformations urbaines et influences contemporaines.

Les critères d'inclusion retenus dans le protocole étaient les suivants :

- Être âgé(e) de 18 à 60 ans ;
- S'identifier comme appartenant au groupe socioculturel Yira (Nande) ;
- Avoir une expérience sexuelle ou conjugale permettant de répondre aux thèmes étudiés ;
- Accepter de participer volontairement à l'étude et de répondre aux questions dans le respect de la confidentialité.

L'échantillon comprend 120 participants, répartis à parts égales entre 60 hommes et 60 femmes. Cette parité facilite les comparaisons descriptives selon le sexe, mais ne suffit pas, à elle seule, à garantir la représentativité de l'ensemble de la population Yira.

Tableau 1: Répartition selon le sexe

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

L'échantillon comporte 60 hommes et 60 femmes. Cette répartition équilibrée permet de comparer les proportions observées entre les deux groupes sans que l'un d'eux soit numériquement dominant.

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%

La tranche d'âge de 31 à 45 ans est la plus représentée (41,7 %), suivie de celle de 18 à 30 ans (33,3 %) et de celle de 46 à 60 ans (25,0 %). Cette distribution décrit la composition de l'échantillon et ne permet pas, en l'absence d'analyse complémentaire, de conclure à un effet de l'âge sur les difficultés étudiées.

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%

Les personnes mariées représentent 58,3 % de l'échantillon, les célibataires 25,0 % et les personnes veuves ou divorcées 16,7 %. Ces proportions renseignent sur la composition de l'échantillon ; elles ne permettent pas d'inférer la manière dont la sexualité est vécue dans l'ensemble de la communauté Yira.

3.3. Techniques de collecte des données

La collecte a combiné plusieurs techniques. Les entretiens semi-directifs ont permis d'aborder les expériences, représentations et trajectoires de recours dans un cadre confidentiel. Les focus groups ont été utilisés pour documenter les discours collectifs et les normes sociales partagées. Le questionnaire structuré a servi à recueillir les caractéristiques sociodémographiques, les manifestations psychosexuelles déclarées, les niveaux de communication, certaines croyances explicatives et les modes de recours thérapeutique.

Une observation clinique des hésitations, silences et réactions émotionnelles a complété le recueil qualitatif. Ces éléments ont été considérés comme des indices contextuels à interpréter avec prudence et non comme des mesures diagnostiques autonomes.

3.4. Analyse des données

Les données qualitatives ont été analysées par analyse thématique selon Braun et Clarke (2006), afin d'identifier des thèmes récurrents et d'organiser les significations rapportées. Les données quantitatives ont d'abord fait l'objet de statistiques descriptives (effectifs, pourcentages et tableaux croisés). Pour renforcer l'analyse des tableaux croisés disponibles, un test du χ^2 de Pearson a été appliqué à l'association entre niveau de tabou et présence de troubles ainsi qu'à l'association entre sexe et présence de troubles. La taille d'effet a été résumée par le coefficient ϕ ; le seuil de signification a

été fixé à $p < 0,05$. Ces tests évaluent des associations dans l'échantillon et ne démontrent pas une relation causale.

3.5. Déroulement des opérations sur terrain

Le travail de terrain s'est déroulé en quatre étapes :

- Phase préparatoire : élaboration des outils, traduction en Kinande et test pilote auprès d'un petit groupe afin d'ajuster la compréhension des formulations.
- Phase de collecte : administration du questionnaire, réalisation des entretiens et organisation des focus groups, avec attention particulière à la confidentialité compte tenu de la sensibilité du sujet.
- Phase de traitement : transcription des données qualitatives, codification et préparation des données quantitatives avant analyse.
- Phase de triangulation : comparaison des tendances quantitatives et des thèmes qualitatifs afin d'identifier convergences, divergences et éléments nécessitant une interprétation prudente.

La participation était volontaire. Les entretiens ont été conduits dans un cadre confidentiel et les résultats sont présentés de manière agrégée afin de limiter le risque d'identification des répondants.

4. Résultats

4.1. Présentation des résultats

Les résultats sont présentés de manière descriptive puis, lorsque les effectifs croisés le permettent, complétés par des tests d'association. Les pourcentages renvoient à l'échantillon étudié ($n = 120$) et ne doivent pas être extrapolés sans prudence à l'ensemble de la population Yira.

Tableau 4 : Contraintes socioculturelles rapportées et fréquence d'exposition

Norme socioculturelle	Fondement théorique	Effectif (n=120)	Pourcentage	Manifestations associées / interprétées
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

Le silence autour de la sexualité est la contrainte la plus fréquemment rapportée (70,8 %), suivi de la domination masculine (65,0 %) et des interdits traditionnels (60,0 %). Ces données décrivent l'exposition déclarée à différents contextes normatifs ; elles ne suffisent pas à établir que chacun de ces facteurs cause directement un trouble psychosexuel.

Tableau 5 : Répartition des manifestations psychosexuelles déclarées

Manifestation déclarée	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 difficultés du désir représentent 29,2 % des catégories rapportées, la dysfonction érectile 25,0 %, l'anorgasmie 23,3 % et la faible satisfaction 22,5 %. Cette distribution doit être lue comme une description des manifestations consignées dans l'échantillon et non comme une estimation diagnostique de prévalence, car le manuscrit ne documente pas l'utilisation d'un instrument psychométrique localement validé pour chacune de ces catégories.

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

La présence de troubles est rapportée chez 83,3 % des participants du groupe à tabou élevé, contre 33,3 % dans le groupe à tabou faible. Le test du χ^2 de Pearson indique une association statistiquement significative et de taille modérée à forte entre le niveau de tabou et la présence de troubles [$\chi^2(1, n = 120) = 30,86$; $p < 0,001$; $\varphi = 0,51$]. Ce résultat soutient une association, sans établir le sens causal de la relation.

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 sorcellerie constitue le modèle explicatif le plus fréquemment déclaré (37,5 %), devant les explications psychologiques (25,0 %), biologiques (20,8 %) et l'absence d'explication (16,7 %). Ces réponses décrivent la manière dont les participants donnent sens à leurs difficultés ; elles ne constituent pas une détermination clinique de l'étiologie.

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%

Les tradipraticiens représentent le recours le plus fréquemment cité (41,7 %), suivis de l'absence de recours (25,0 %), de la médecine moderne (20,8 %) et des conseils religieux (12,5 %). Cette distribution suggère la coexistence de plusieurs systèmes de soins et justifie d'explorer, dans de futurs travaux, les raisons du choix, les séquences de recours et les délais d'accès à une prise en charge clinique.

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%

Une communication sexuelle faible est rapportée par 58,3 % des participants, contre 25,0 % pour un niveau moyen et 16,7 % pour un niveau élevé. Cette tendance est cohérente avec l'importance du silence relevée au Tableau 4 et mérite d'être examinée comme variable relationnelle potentiellement associée à la satisfaction et à la demande d'aide.

Tableau 10 : Présence de troubles selon le sexe

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

Les troubles sont rapportés par 83,3 % des femmes et 66,7 % des hommes. L'association entre sexe et présence de troubles est statistiquement significative mais de faible amplitude [$\chi^2(1, n = 120) = 4,44$; $p = 0,035$; $\varphi = 0,19$]. Ce résultat met en évidence une différence dans l'échantillon, sans démontrer que le sexe ou les normes de genre en sont la cause.

Tableau 11 : Synthèse des facteurs socioculturels et interprétations cliniques

Facteur socioculturel	Fondement théorique	Fréquence (%)	Manifestations empiriques	Interprétation clinique proposée
Silence sexuel	Tabou culturel	70,8%	Faible communication	Difficultés du désir / anxiété
Domination masculine	Norme sociale	65%	Soumission féminine	Inhibition / difficultés orgasmiques
Croyances mystiques	Représentation	37,5%	Attribution à sorcellerie	Retard potentiel du recours biomédical
Interdits traditionnels	Régulation sociale	60%	Culpabilité	Culpabilité / inhibition

La synthèse met en relation les fréquences observées et les interprétations cliniques proposées. Le silence, les rapports de genre, les croyances explicatives et les interdits apparaissent comme des dimensions qui se chevauchent plutôt que comme des causes indépendantes. Leur combinaison constitue une hypothèse interprétative à approfondir par des modèles multivariés et des données qualitatives plus systématiquement rapportées.

Dans l'ensemble, les résultats montrent que les difficultés psychosexuelles déclarées s'inscrivent dans un contexte relationnel et socioculturel complexe. Ils soutiennent la pertinence d'une approche clinique intégrative tout en appelant à distinguer clairement description, association statistique et causalité.

4.2. Discussion des résultats

La discussion interprète les résultats à la lumière du cadre biopsychosocial et interculturel. Compte tenu du devis transversal, de l'échantillon limité et du caractère

auto-rapporté des données, les résultats sont formulés en termes d'associations et de plausibilité clinique, non de causalité.

4.2.1. Interprétation clinique des résultats

Les manifestations psychosexuelles déclarées concernent principalement le désir (29,2 %), la fonction érectile (25,0 %) et l'orgasme (23,3 %). Elles coexistent avec une forte fréquence de silence autour de la sexualité (70,8 %) et une communication faible chez 58,3 % des participants. Sur le plan clinique, ces résultats suggèrent que l'évaluation ne devrait pas se limiter au symptôme sexuel mais inclure la détresse, la qualité de la communication, les attentes de performance, la dynamique relationnelle et le contexte culturel. La proportion plus élevée de troubles déclarés chez les femmes mérite une attention particulière, mais la taille d'effet de l'association avec le sexe reste modeste ($\varphi = 0,19$), ce qui invite à éviter toute interprétation déterministe.

4.2.2. Comparaison avec la littérature

Les résultats sont cohérents avec une littérature qui souligne l'influence des facteurs socioculturels et relationnels sur la santé sexuelle. La méta-analyse africaine de Nzinga Luzolo et al. (2025) confirme l'importance des difficultés sexuelles féminines tout en montrant que les estimations dépendent fortement des contextes et des instruments ; les pourcentages de la présente étude ne doivent donc pas être comparés directement à ces taux. Par ailleurs, la fréquence élevée de faible communication observée ici est compatible avec les résultats de Mallory (2022), qui montrent une association positive entre communication sexuelle et satisfaction. Les barrières communicationnelles et les rapports de pouvoir décrits en Afrique subsaharienne par Agbeve et al. (2022) offrent également un cadre pertinent pour comprendre la place du silence et du genre dans les données recueillies.

4.2.3. Explication des mécanismes psychologiques

La culpabilité, la honte et l'évitement peuvent constituer des mécanismes psychologiques plausibles reliant des normes restrictives à la détresse sexuelle. Néanmoins, ces mécanismes ne doivent pas être déduits automatiquement d'une appartenance culturelle. Ils doivent être explorés individuellement à partir du récit du patient, de son expérience relationnelle et de ses propres significations. L'intérêt du cadre interculturel est précisément de permettre cette exploration sans réduire la personne à un stéréotype culturel (Bober & Chevalier, 2021).

4.2.4. Discussion par rapport aux hypothèses de recherche

Les données soutiennent les hypothèses avec des degrés de preuve différents. L'hypothèse 1 reçoit un appui descriptif par la fréquence élevée des contraintes socio-culturelles rapportées et leur convergence avec les manifestations cliniques, mais elle n'est pas testée par un modèle multivarié. L'hypothèse 2 reçoit l'appui statistique le plus direct : un niveau de tabou élevé est associé à une présence plus fréquente de troubles [$\chi^2(1) = 30,86$; $p < 0,001$; $\varphi = 0,51$]. L'hypothèse 3 est soutenue de manière descriptive par l'importance de l'attribution à la sorcellerie (37,5 %) et du recours aux tradipraticiens (41,7 %), mais l'absence d'un tableau croisé entre ces deux variables ne permet pas d'affirmer statistiquement que l'une détermine l'autre.

4.2.5. Discussion par rapport aux objectifs de la recherche

Les objectifs descriptifs et analytiques sont globalement atteints : l'étude identifie les principales contraintes socioculturelles, documente les manifestations psychosexuelles et les recours, et met en évidence deux associations quantifiables à partir des tableaux disponibles. Son apport principal réside dans l'ancrage Yira et la mise en relation de variables souvent étudiées séparément. À l'instar de la logique de contextualisation mobilisée par Mpia et al. (2023) dans un autre champ de recherche congolais, l'étude montre l'intérêt de partir des facteurs observés localement ; elle ne suppose cependant aucune transférabilité des résultats de l'employabilité vers la santé sexuelle.

4.2.6. Discussion par rapport aux conclusions spécifiques de la recherche

La contribution clinique de l'étude est donc de proposer un cadre de lecture où le symptôme, la relation, le genre, la communication et les systèmes de signification sont examinés ensemble. Cette contribution reste exploratoire : les résultats ne permettent ni d'essentialiser la culture Yira ni d'attribuer un trouble à un facteur culturel unique. Ils fournissent plutôt des hypothèses cliniques et de recherche à tester dans des échantillons plus larges avec des outils validés et des analyses multivariées.

5. Implications cliniques et thérapeutiques

Les résultats plaident pour une prise en charge qui articule médecine sexuelle, psychologie clinique, relation de couple et compréhension du contexte culturel. Les fortes fréquences de silence, de faible communication et de modèles explicatifs traditionnels indiquent que l'alliance thérapeutique dépend autant de la qualité de l'écoute que du choix de la technique d'intervention.

5.1. Diagnostic

L'évaluation clinique devrait commencer par une anamnèse sexuelle respectueuse et confidentielle, rechercher la détresse et le retentissement fonctionnel, puis explorer les facteurs médicaux, psychologiques, relationnels et socioculturels. Les symptômes ne doivent pas être interprétés isolément, ni diagnostiqués sur la seule base d'un écart par rapport à une norme supposée (American Psychiatric Association, 2022).

- Contexte culturel : explorer les normes de pudeur, les tabous, les rôles de genre et les significations attribuées aux symptômes, y compris les interprétations spirituelles ou traditionnelles, sans jugement et sans les présumer universelles chez tous les Yira.
- Évaluation biopsychosociale : examiner l'état de santé général et les facteurs médicaux possibles, l'anxiété et la détresse psychologique, la qualité de la relation et de la communication, ainsi que les contraintes sociales susceptibles d'influencer l'expérience sexuelle.

Le clinicien gagne ainsi à adopter une posture d'humilité culturelle : demander au patient comment il comprend sa difficulté, quelles solutions il a déjà mobilisées et quelles formes d'aide il juge acceptables. Cette démarche favorise l'alliance thérapeutique tout en maintenant les exigences de sécurité et de preuve clinique (Bober & Chevalier, 2021).

5.2. Approches thérapeutiques adaptées

Une prise en charge adaptée peut combiner plusieurs modalités selon le problème identifié, les préférences du patient et la dynamique du couple. Elle doit éviter de présenter une seule approche comme universellement valable.

5.2.1. Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

La TCC peut être mobilisée lorsque l'anxiété de performance, l'anticipation de l'échec, l'évitement ou des schémas de honte contribuent à maintenir la difficulté. Le travail thérapeutique porte sur les pensées automatiques et les comportements qui génèrent de la détresse, sans qualifier de manière globale les croyances culturelles d'« irrationnelles ». Chez une personne souffrant de dysfonction érectile, par exemple, l'intervention peut cibler la peur de l'échec et la pression de performance tout en explorant respectueusement les significations culturelles attribuées au symptôme.

5.2.2. Psychoéducation sexuelle et counseling

La psychoéducation peut corriger les lacunes d'information sur l'anatomie, la réponse sexuelle, le désir, l'orgasme, la variabilité normale et les effets du stress ou de la santé générale. Elle peut aussi soutenir un langage partagé entre partenaires et faciliter l'expression des préférences et des limites. Compte tenu des barrières communicationnelles documentées en Afrique subsaharienne (Agbeve et al., 2022), les contenus doivent être adaptés au niveau de littératie, au contexte linguistique et aux sensibilités culturelles, tout en restant exacts, non stigmatisants et centrés sur le consentement.

5.2.3. Thérapie de couple

La faible communication sexuelle rapportée par 58,3 % des participants justifie l'intérêt d'interventions de couple lorsque les deux partenaires y consentent. L'objectif est d'améliorer l'expression des besoins, de réduire les malentendus et attentes rigides, et de restaurer une intimité sécurisante. Cette orientation est cohérente avec la méta-analyse de Mallory (2022), qui associe une meilleure communication sexuelle à une satisfaction sexuelle et relationnelle plus élevée.

5.2.4. Approche interculturelle

L'approche interculturelle implique d'intégrer les valeurs, les croyances et le contexte de vie du patient sans essentialisation. Elle privilégie la littératie en santé sexuelle, l'humilité culturelle et l'autonomie du patient (Bober & Chevalier, 2021). Lorsque le patient le souhaite, un dialogue avec des acteurs communautaires, religieux ou traditionnels peut être envisagé, à condition de préserver la confidentialité, le consentement, la sécurité clinique et l'accès à des soins fondés sur les preuves.

5.3. Recommandations pratiques

Les résultats conduisent à trois priorités pratiques :

- Sensibilisation et psychoéducation : développer des contenus culturellement adaptés sur le fonctionnement sexuel, le consentement, la communication et les possibilités de recours, avec des espaces permettant de poser des questions sans honte ni stigmatisation.

- Dialogue communautaire : associer, lorsque cela est pertinent, des leaders communautaires, religieux et autres personnes de confiance à des actions de littératie en santé sexuelle, tout en évitant de leur confier des fonctions diagnostiques qui relèvent des professionnels de santé.
- Formation des cliniciens : renforcer les compétences en anamnèse sexuelle, communication sur les sujets sensibles, dépistage des causes médicales, thérapie sexuelle ou orientation spécialisée, ainsi qu'en humilité culturelle et prévention des biais ethnocentriques.

Ces recommandations visent une prise en charge participative et culturellement informée, dans laquelle les savoirs locaux peuvent être entendus sans se substituer à l'évaluation clinique, au consentement du patient ni aux exigences de sécurité thérapeutique.

6. Conclusion

Cette étude a analysé les déterminants socioculturels associés aux difficultés psychosexuelles chez 120 adultes Yira de Butembo et Beni. Les contraintes les plus fréquemment rapportées sont le silence autour de la sexualité (70,8 %), la domination masculine (65,0 %) et les interdits traditionnels (60,0 %). Les manifestations les plus souvent consignées concernent le désir, la fonction érectile et l'orgasme.

L'association entre niveau élevé de tabou et présence de troubles est forte dans l'échantillon [$\chi^2(1) = 30,86$; $p < 0,001$; $\varphi = 0,51$], tandis que l'association entre sexe et présence de troubles est plus faible [$\chi^2(1) = 4,44$; $p = 0,035$; $\varphi = 0,19$]. Les modèles explicatifs traditionnels et le recours aux tradipraticiens occupent également une place importante. Ces résultats soutiennent l'intégration systématique des dimensions relationnelles et socioculturelles dans l'évaluation clinique, sans permettre de conclure à une causalité.

L'apport principal du travail est de proposer une lecture contextualisée et non essentialisante de la santé psychosexuelle chez les Yira. Une pratique clinique adaptée devrait combiner dépistage des facteurs médicaux, évaluation psychologique et relationnelle, psychoéducation, soutien à la communication de couple et humilité culturelle. Les croyances et pratiques locales doivent être explorées comme des cadres de sens et de recours, tout en préservant l'autonomie du patient et l'accès à des soins sûrs et fondés sur les preuves.

Plusieurs limites réduisent la portée des conclusions : la taille et le mode de constitution de l'échantillon ne permettent pas une généralisation à l'ensemble de la population Yira ; les données auto-rapportées sur un sujet sensible sont exposées au biais de désirabilité sociale ; les instruments utilisés ne sont pas décrits comme psychométriquement validés dans le contexte local ; et le devis transversal ne permet pas d'établir la temporalité ni la causalité. En outre, les résultats qualitatifs gagneraient à être rapportés avec une procédure de codage plus détaillée et des extraits anonymisés illustrant les thèmes, si le protocole éthique et le consentement le permettent.

Les recherches futures devraient inclure des échantillons plus larges et diversifiés, des outils validés en français et/ou en Kinande, des analyses multivariées et des études longitudinales. Il serait également utile d'examiner directement les liens entre modèles explicatifs et trajectoires de recours, ainsi que d'évaluer des interventions de psychoéducation et de counseling culturellement adaptées.

En définitive, la santé psychosexuelle dans le contexte Yira ne peut être comprise uniquement à partir du symptôme ni uniquement à partir de la culture. C'est l'articulation entre expérience individuelle, relation de couple, conditions de santé, normes sociales et systèmes de signification qui doit guider la recherche et la pratique clinique.

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

Note : 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 des auteurs 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. Agbeve, A. S., Fiaveh, D. Y., & Anto-Ocrah, M. (2022). Parent-adolescent sexuality communication in the African context: A scoping review of the literature. *Sexual Medicine Reviews*, 10(4), 554–566. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2022.04.001>
2. Airhihenbuwa, C. O. (1995). *Health and culture: Beyond the Western paradigm*. SAGE Publications.
3. Airhihenbuwa, C. O., & Obregon, R. (2000). A critical assessment of theories/models used in health communication for HIV/AIDS. *Journal of Health Communication*, 5(Suppl. 1), 5–15. <https://doi.org/10.1080/10810730050019570>
4. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
5. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
6. Bergman, L. (1971/1973). *Les Wanande : croyances et pratiques traditionnelles*. ABB Éd.
7. Bober, S. L., & Chevalier, L. L. (2021). Culture and sexual medicine: A road map for clinical inquiry and practice. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(9), 1475–1478. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.05.008>
8. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
9. Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE Publications.
10. Kasereka, M. (2015). Tabous sexuels et adolescence en milieu africain. *Revue Congolaise de Psychologie*, 7(1), 45–60.
11. Mallory, A. B. (2022). Dimensions of couples' sexual communication, relationship satisfaction, and sexual satisfaction: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 36(3), 358–371. <https://doi.org/10.1037/fam0000946>
12. Mpia, H. N., Mburu, L. W., & Mwendia, S. N. (2023). Exploratory factor analysis of Congolese information technology graduates' employability: Towards sustainable employment. *SAGE Open*, 13(4). <https://doi.org/10.1177/21582440231210109>
13. Nkulu, P. (2010). Croyances et pratiques thérapeutiques en milieu congolais. *Revue Africaine de Santé*, 8(2), 33–49.
14. Nzinga Luzolo, A.-M., 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*. World Health Organization.
16. Organisation mondiale de la Santé. (2022, 11 février). *Redefining sexual health for benefits throughout life*. <https://www.who.int/news/item/11-02-2022-redefining-sexual-health-for-benefits-throughout-life>
17. Waswandi, N. K. (1984). Le devoir d'être sage : philosophie morale des rites Nande. *Revue Ceruki*.
18. Waswandi, N. K. (1992). Omutahio : la dot nande dans sa dynamique sociale. [N.P.].