

# Étude de cas : syndrome de stress post-traumatique (SSPT) dans la province du Sud-Kivu, République Démocratique du Congo

Marie Liégeois(\*), Eric Constant(\*\*)

Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the South Kivu Province of the Democratic Republic of the Congo

Based on the observations made during hospital care of a victim of sexual violence in South Kivu and suffering from PTSD, the authors stress the relevance of considering cultural and socio-political aspects, as well as the nature of the violence experienced for a better understanding of the situation. Given that in this very context, patients with PTSD only partially respond to the reference treatment, it is primordial to install a management that is adapted to the specificities of patient's situation. Based on the concepts of dehumanization and resilience, the authors emphasize the necessity of respecting the expression mode of suffering in PTSD patients and of setting up a network for the short- and long-term support to resilience.

## KEY WORDS

Trauma, Sexual violence, PTSD, Resilience, South Kivu

What is already known about the topic?

PTSD patients in the South Kivu region only partially respond to the treatments currently recommended by guidelines.

What does this article bring up for us?

This article opens a reflection on this issue in order to best adapt the care of these patients.

Au départ de l'observation de la prise en charge hospitalière d'une patiente victime de violences sexuelles au Sud-Kivu et souffrant de SSPT, les auteurs tentent de démontrer l'importance d'inclure les spécificités culturelles et socio-politiques ainsi que la nature des violences subies dans la compréhension de la situation. Les patients souffrant de SSPT dans ce type de contexte ne répondant qu'imparfaitement aux traitements de références, il est primordial de réfléchir à une prise en charge adaptée aux spécificités de leur situation. Partant des concepts de déshumanisation et de résilience, les auteurs insistent sur la nécessité de respecter le mode d'expression de la souffrance chez un patient souffrant de SSPT et sur l'importance d'une mise en place d'un réseau d'aide à la résilience à court et long terme.

Que savons-nous à ce propos ?

Les SSPT dans la région du Sud-Kivu ne répondent qu'imparfaitement aux traitements actuellement préconisés par les guidelines.

Que nous apporte cet article ?

Le présent article ouvre une réflexion autour de cette problématique afin d'adapter au mieux la prise en charge de ces patientes.

## INTRODUCTION

Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est la dénomination récente d'un ensemble de symptômes observés et étudiés depuis le début du siècle sous différents vocables. Son diagnostic repose actuellement sur des critères comportementaux (1) et les traitements de référence comportent principalement une pharmacothérapie ainsi qu'une psychothérapie (2). Le SSPT est une problématique malheureusement importante dans la région du Sud-Kivu, en République Démocratique du Congo, en raison des nombreuses violences sexuelles faites aux femmes. Ces patientes ne répondent pourtant qu'imparfaitement aux traitements actuellement proposés par les guidelines (3). Ce travail réalisé à partir de l'observation clinique d'une patiente hospitalisée à l'Hôpital Général de Référence (HGR) de Panzi a pour but d'offrir un champ de réflexion autour de cette problématique afin d'adapter au mieux la prise en charge de ces patientes.

## RAPPORT DE CAS

Une dame d'une quarantaine d'années est conduite à l'hôpital par une équipe itinérante d'aide juridique qui souhaite pour elle un bilan et une aide somato-psychique. Ces juristes ont été alertés par la détresse socio-économique de cette femme, par ses antécédents notoires de viol et par un état d'apathie inquiétant.

### INFORMATIONS RECUEILLIES LORS DES ENTRETIENS AVEC LE PSYCHIATRE, LE PSYCHOLOGUE ET L'ASSISTANT SOCIAL

La patiente est une paysanne âgée d'une quarantaine d'années, mère de trois enfants, veuve et en situation socio-économique extrêmement précaire. Un an et demi auparavant, elle a été victime de viol avec menace de mort. Les événements se sont déroulés sur le chemin menant à son champ. Les auteurs des violences sont des hommes en habit militaire parlant le kinyarwanda.

Lors des entretiens avec le psychiatre, la patiente est prostrée et ses réponses sont vagues et laconiques. Elle semble éluder les questions liées au traumatisme et sa faiblesse d'élaboration concernant son vécu est interpellante. Les plaintes qu'elle exprime spontanément sont exclusivement somatiques et incluent des céphalées et des douleurs pelviennes. Une anamnèse approfondie a également permis de relever des signes d'émoussement. En effet, la patiente se dit sans énergie, incapable de se rendre à son champ tous les matins, de s'atteler aux tâches ménagères et ne sachant ressentir d'autres émotions que la tristesse. La patiente évoque également des cauchemars à répétition en lien avec son agression. Outre sa détresse apparente, les conditions de vie de la patiente sont alarmantes. Incapable de tenir son rôle de paysanne et de mère, elle vit seule et ne s'alimente plus correctement. Ses enfants sont livrés à des voisins qui les nourrissent et veillent à leur scolarité.

### DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

L'entretien avec le psychiatre est mené selon un canevas semi-directif visant à investiguer les symptômes anxieux, dépressifs et post-traumatiques. Un diagnostic de SSPT a été posé. Selon le DSM-IV-TR (1), différents critères doivent être rencontrés. Ceux-ci ont été confrontés aux informations décrites par la patiente et observées lors de la consultation.

- A) L'épisode traumatique est tel que décrit dans le DSM. Nous n'avons pas d'éléments précis sur le vécu immédiat de la patiente même si l'on peut raisonnablement postuler l'existence d'une peur intense, d'un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Toutefois, ce dernier point n'est plus requis par le DSM-V (4) pour pouvoir poser le diagnostic.
- B) La patiente ne présente qu'un élément de reviviscence sous forme de cauchemars provoquant un sentiment de détresse. La réactivité physiologique à l'exposition reste à discuter. Peut-être est-ce une des raisons

de son impossibilité à emprunter le chemin où les événements se sont déroulés.

- C) Les critères d'évitement des stimuli liés au traumatisme et d'émoussement de la réactivité générale sont plus largement présents chez cette patiente.
  - L'effort pour éviter les conversations et la pauvreté d'élaboration apparente de la patiente relèvent peut-être de ce mécanisme.
  - Elle refuse de fréquenter les lieux liés à l'évènement.
  - Elle ne peut plus assurer ses fonctions de maman et de paysanne.
  - Elle se dit incapable d'éprouver des sentiments et à vivre des émotions autres que le chagrin.
- D) Les troubles du sommeil ainsi que les difficultés de concentration sont deux symptômes persistants traduisant une activation neuro-végétative.
- E) Dans le cas présent, la perturbation dure depuis 18 mois, on peut donc parler d'un phénomène chronique.
- F) L'altération fonctionnelle est significative.

Il s'agit donc d'un SSPT avéré dont l'expression est toutefois plus manifeste en terme d'émoussement que de reviviscence. Par ailleurs, un bilan somatique a été réalisé et n'a heureusement révélé aucune infection sexuellement transmissible de type sida, hépatite ou syphilis, ni de séquelle gynécologique visible.

### TRAITEMENT

La patiente est hospitalisée et peut ainsi bénéficier de la sécurité physique et alimentaire apportée par l'institution. Trois repas par jours sont assurés à l'HGR de Panzi ce qui est une exception dans le réseau hospitalier régional. En plus de cette sécurité, le lieu offre des moments de vie communautaire avec les autres femmes hospitalisées. Des entretiens réguliers sont organisés avec un psychiatre, un psychologue et un assistant social. Ces entretiens permettent de créer un espace d'écoute pour la patiente, d'évaluer son évolution et d'adapter son traitement. Un traitement médicamenteux consiste en :

- Citalopram 20mg 1co/jour
- Diazepam 5mg 1co/jour
- Paracetamol 500mg 3co/jour
- BuscopanR 10mg 3co/jour

Un traitement par neurofeedback est également promulgué à raison de quatre séances d'une demi heure à quelques jours d'écart. Lors de ces séances, la patiente écoute une sonorisation de son signal EEG. Ce procédé a pour but de l'aider à réguler son état cognitif et à diminuer ses symptômes somatiques (5).

### ÉVOLUTION

Après trois semaines de séjour, les plaintes physiques ont diminué et la patiente est sortie à sa demande. Le réseau de soin ambulatoire étant encore pratiquement

inexistant en République Démocratique du Congo, il n'y a pas eu de suivi psycho-médico-social ni de traitement médicamenteux après la sortie.

## DISCUSSION

La suite de cet article ouvre une réflexion sur les concordances et discordances entre, d'une part, la situation clinique observée et, d'autre part, les enseignements de l'« evidence based medicine ».

### RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION CLINIQUE ET DE LA PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

La situation est celle d'une paysanne veuve d'une quarantaine d'années souffrant de SSPT (diagnostic posé en respect des critères du DSM) à la suite d'un viol. La faible élaboration, l'absence de demande d'aide apparente et des plaintes exclusivement somatiques sont interpellantes et contrastent avec une grande détresse manifestée principalement par un émoussement généralisé et par une incapacité à assumer sa vie au quotidien.

La patiente est hospitalisée et bénéficie d'une prise en charge multidisciplinaire médico-psycho-sociale en plus de la sécurité physique et alimentaire apportée par l'hôpital. Son traitement médicamenteux consiste en une benzodiazépine, un SSRI et des analgésiques. Plusieurs séances de *neurofeedback* ont également été dispensées.

Après trois semaines de séjour, les plaintes physiques ont diminué et la patiente est sortie à sa demande. Il n'y a pas eu de suivi ambulatoire ni de traitement médicamenteux après la sortie.

### PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE SELON L'« EVIDENCE BASED MEDICINE » ET LA SITUATION PARTICULIÈRE DU PATIENT

- **Étude de la prise en charge diagnostique**

Actuellement, la classification et le diagnostic des maladies mentales relèvent principalement de critères comportementaux. Le DSM est la plus importante et la plus utilisée des classifications des maladies mentales. Les critères requis pour le diagnostic de SSPT ont été débattus plus haut et ne seront plus repris dans cette partie. Il est toutefois important de s'attarder sur les comorbidités de cette pathologie comme l'est le trouble dépressif majeur. Les plaintes somatoformes, le repli social, l'altération des relations à autrui et de la modulation des affects sont également cités dans les comorbidités et décrits comme particulièrement fréquents dans le décours des stress de nature interpersonnelle comme l'est le viol (1).

Si le diagnostic de SSPT semble irréfutable selon les critères du DSM, la prise en compte de données non comportementales tels que la génétique, certains marqueurs biologiques, l'activité cérébrale et les expériences de vie pourrait donner une vision plus objective et complète de la situation ce qui permettrait

une prise en charge plus adaptée (6). À défaut de disposer de moyens locaux d'étude de la génétique, de l'activité cérébrale et de marqueurs biologiques, le reste de ce chapitre tentera de développer le diagnostic en le particularisant dans ses dimensions culturelle et géopolitique ainsi que par la nature même de l'acte qui en est le déclencheur.

Le viol transforme fondamentalement l'image de la personne qui le subit. Au Sud-Kivu, cette transformation présente des particularités en ce sens que d'une part, culturellement, l'essence de la faute tient du fait qu'elle est publique parfois plus que de son intentionnalité ; et d'autre part parce que l'acte sexuel hors mariage, même s'il est subi, vient ébranler le lien du couple qui est la structure fondamentale et presque unique de la société. En effet, la personne violée semble « contaminée » par ce qu'elle a subi et est considérée par son conjoint comme potentiellement mortifère. Outre son caractère traumatique intrinsèque, le viol détruit donc la capacité d'appartenir à la société comme mère, femme et épouse potentielle (3).

Au-delà de ces particularités culturelles, le contexte géopolitique et économique vient également majorer le trauma. Le Sud-Kivu est une région politiquement instable où les violences de tous ordres et particulièrement sexuelles sont fréquentes et sans recours légal possible. L'omniprésence des bourreaux impunis ainsi que la précarité économique ambiante sont deux facteurs qui influencent négativement le processus de résilience et augmentent le risque de développement d'un SSPT (7).

Au sujet des violences extrêmes de nature interpersonnelle, Jacques Roisin (8) introduit le concept de déshumanisation qu'il définit comme le déni de la dignité d'homme. La dignité d'homme est « la considération de l'autre et de soi-même comme objet non violentable dans son intégrité ni destructible dans son être » (8). Du fait que la transgression est déniée par les bourreaux, par les autorités nationales, et même par de larges pans de la société civile, « l'individu victime voit [...] se détruire ses illusions sécurisantes sur la nature humaine et sa confiance vitale dans la non transgression des interdits fondamentaux. La souffrance qui s'ensuit débouche alors souvent sur une perte du sentiment d'appartenance à la communauté humaine » (9). Alexia Jacques et Noémie Girard (10) proposent de définir la déshumanisation comme « une action intentionnelle visant la réduction de l'humain à l'état de corps, et ce à un niveau paradoxal ». En effet, d'une part, la déshumanisation ayant attaqué les systèmes psychique, relationnel et familial, le corps, lieu d'entrée de la déshumanisation, semble porter seul le lourd fardeau traumatique. Il est source de honte et de culpabilité et témoigne des violences subies en répétant inlassablement le traumatisme. D'autre part le corps est ce qui reste debout après la destruction de l'appareil psychique et du système relationnel. Il génère le sentiment d'être en vie et donne une occasion de revanche. Il peut susciter l'empathie dans le regard de l'autre et ainsi faire lien (10).

- **Étude de la prise en charge thérapeutique**

Les traitements les plus pertinents actuellement proposés dans la prise en charge du SSPT sont (2 et 11) :

- » Un traitement pharmacologique : la première ligne est un antidépresseur SSRI (Fluoxétine, Paroxétine ou Sertraline) ou un SNRI (Venlafaxine).
- » Un suivi psychothérapeutique : les techniques les plus efficaces pour cette indication sont la thérapie cognitivo-comportementale basée sur le trauma, l'EMDR et le stress management therapy.

Malgré une efficacité prouvée de la psychothérapie, une méta-analyse suggère que, utilisée comme traitement unique, elle serait moins performante que la pharmacothérapie. L'intérêt de combiner les deux méthodes est quant à lui encore controversé et requiert d'autres études. Certaines méthodes semblent également pertinentes dans le cas de patients réfractaires aux traitements classiques comme l'acupuncture, l'hypnothérapie basée sur le symptôme ou la méditation (voir 11 pour revue).

Une autre revue de littérature concernant le neurofeedback met en exergue l'absence d'études fiables démontrant l'efficacité de cette méthode (5).

De manière générale pourtant, les patients présentant un SSPT dans ce type de contexte ne répondent qu'imparfaitement aux traitements actuellement proposés par les guidelines (3). Probablement en raison du manque d'intégration de l'implication des particularités culturelles et socio-économiques dans le processus thérapeutique.

Les recherches sur la résilience permettent de mieux appréhender les mécanismes qui sous-tendent la guérison après un trauma. Serge Tisseron (12) définit la résilience comme « la capacité de dépasser les effets d'une catastrophe en se reconstruisant autrement ». Selon Sylvie Rousseau (13), la qualité de la résilience dépend de caractéristiques individuelles, familiales et sociétales. Citons notamment, l'estime de soi, les croyances et les valeurs, la recherche de sens, la qualité des relations, des appartenances et de la vie communautaire. Rappelons que la sécurité alimentaire et physique sont nécessaires au processus de résilience. Elles ne sont pas répertoriées dans les critères de résilience, mais comme relevant des besoins fondamentaux de l'être humain selon Maslow (14).

Le rôle d'un soignant auprès d'une personne traumatisée est de promouvoir les différents facteurs de résilience et de protection face au SSPT. Cette aide relève globalement du soutien à la personne victime et de la mise en sens par elle des événements (12). On parle alors de « résilience assistée » (15). Dans cette optique, il est à noter que le *Narrative Exposure Therapy* (NET) semble faire ses preuves avec des réfugiés souffrant de SSPT en Afrique des grands lacs (16). Cette méthode consiste en une élaboration narrative qui permet de se réappropriier son histoire et d'y mettre du sens.

Toutes ces démarches concourent à réintégrer les personnes traumatisées dans le monde de l'humain et à sortir de l'horreur absolue et indicible qui induit ce clivage

corps-esprit qui semble au cœur de la problématique de notre patiente.

## ÉTUDE DES CONCORDANCES ET DISCORDANCES ENTRE LE CAS CLINIQUE RAPPORTÉ ET LES OBSERVATIONS DE LA LITTÉRATURE

Toutes les réflexions au sujet de la **démarche diagnostique** permettent de mieux appréhender le vécu de la patiente en fonction des enjeux et difficultés propres à la culture et à la situation socio-économique de la région. Le concept de déshumanisation change également la manière d'interpréter le comportement de la patiente. Dans un premier temps, son attitude prostrée, ses plaintes exclusivement somatiques et sa faiblesse d'élaboration ne suscitent pas l'attention ni l'empathie du soignant qui pourrait croire à une absence de demande de soin de la part de la patiente. Avec le recul, il devient évident que ces signes concordent avec un processus de déshumanisation qu'on se doit d'interpréter justement afin d'accéder à la richesse de ce qu'elle dépose. Le corps est pour cette dame le seul lieu où la souffrance peut s'exprimer après avoir endommagé sa capacité d'élaboration psychique et de s'inscrire dans la société en tant que mère et paysanne. Il est également un des seuls témoins de la vie qui reste ancrée en elle.

L'effectivité de la **démarche thérapeutique** est difficilement évaluable chez cette patiente. Tout d'abord en raison de la faible élaboration dont elle fait preuve au sujet de son vécu, ensuite parce qu'aucun suivi n'est prévu après l'hospitalisation.

La prise en charge hospitalière de la patiente semble cohérente avec un processus d'aide à la résilience. En effet, la structure assure une sécurité financière et alimentaire indispensable à toute forme de guérison. La patiente est également reconnue comme une victime souffrante et digne de soins et les entretiens avec les différents intervenants offrent un lieu de témoignage et de quête de sens. De plus, la prise en charge multidisciplinaire intègre la victime dans un réseau de sollicitude qui soutient son sentiment d'appartenance à une communauté.

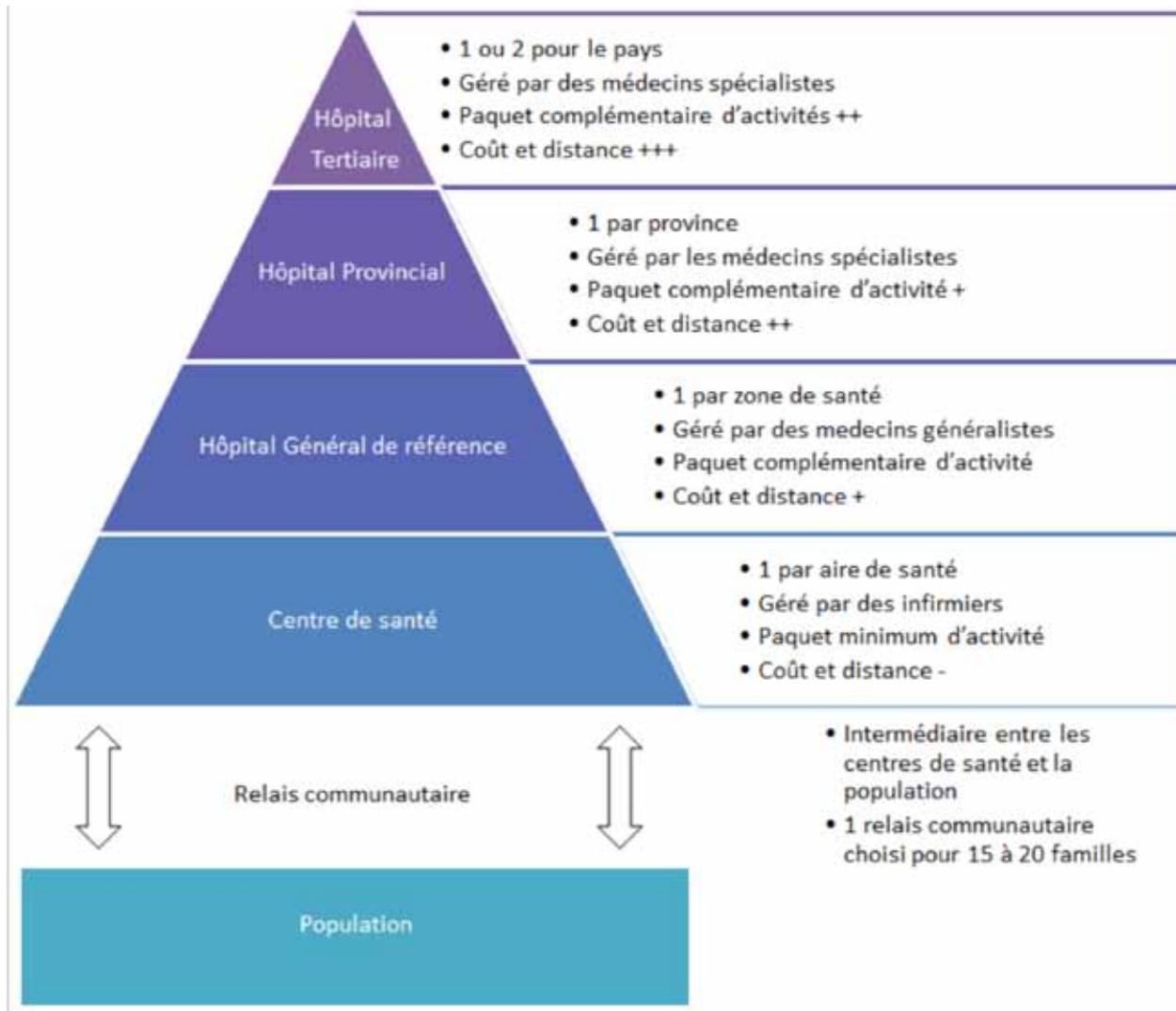
Le choix d'un traitement anti-douleur et du *neurofeedback* respecte l'expression initiale somatique des plaintes de la patiente. Le corps est pour elle la voie d'accès à sa souffrance, l'objet autour duquel l'empathie du soignant peut naître et à partir duquel un processus de guérison peut s'initier.

Certains aspects de la thérapeutique sont toutefois interpellants. D'abord, le choix d'initier un traitement antidépresseur qui ne pourra être poursuivi après la sortie semble injustifié. En effet, le bénéfice de ce type de traitement ne se manifeste qu'après trois à six semaines (17). De plus, le dispositif de soins hospitaliers contraste avec l'absence de suivi psychologique et de dispositif de soutien socio-économique après la sortie. Or le système des soins de santé au Kivu est organisé en pyramide ce qui assure un accès à l'ensemble de la population (Figure). Ce système semble remarquablement efficace dans de nombreuses problématiques médicales. Un réseau

semble donc être en place pour la création d'un suivi peu coûteux, consistant et déjà inscrit dans un système communautaire. Idéalement, il pourrait être utilisé pour

fournir à cette personne un soutien à la parentalité qui pourrait la restaurer dans une dignité et une pertinence de mère.

Figure 1 : Pyramide sanitaire en République Démocratique du Congo



Source : Marie Liégeois (2016)

## CONCLUSION

Cette réflexion issue de l'observation d'une situation clinique met en exergue l'importance de rencontrer le patient comme il se présente et d'enrichir son diagnostic de données non comportementales nécessaires à une compréhension globale de la situation. La prise en charge d'un patient souffrant de SSPT dans ce contexte doit promouvoir les différents facteurs de résilience en incluant les spécificités personnelles, culturelles et socio-économiques.

## RECOMMANDATIONS

Cette réflexion issue de l'observation d'une situation clinique met en exergue l'importance de rencontrer le patient comme il se présente et d'enrichir son diagnostic de données non comportementales nécessaires à une compréhension globale de la situation.

La prise en charge d'un patient souffrant de SSPT dans ce contexte doit promouvoir les différents facteurs de résilience en incluant les spécificités personnelles, culturelles et socio-économiques.

## RÉFÉRENCES

- (1) American Psychiatric Association. (2004). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (Texte révisé). Elsevier Masson.
- (2) Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (2015). *Treatment for Post-Traumatic Stress Disorder, Operational Stress Injury, or Critical Incident Stress*, the Clinical Evidence and Guidelines.
- (3) Kwakya E, Ndiaye-Ndong ND, Renders X, Burquel C, Constant E. Approche théorico-clinique du traumatisme. À propos des viols au Sud-Kivu (République Démocratique du Congo, RDC). *Louvain Med* 2015; 134 (1) :39-42.
- (4) American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : Dsm-5*. American Psychiatric Publishing.
- (5) Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (2014). *Neurofeedback and Biofeedback for Mood and Anxiety Disorders*. The Clinical Evidence and Guidelines.
- (6) Insel T. and Cuthbert B. Brain disorders ? Precisely. Precision medicine comes to psychiatry. *Science*, 2015 ; 348:499-500.
- (7) Ionescu S, Rutembesa E, Ntete JM (2006). *Effets post-traumatiques du génocide rwandais. Psychopathologies et société, traumatismes, événements et situations de vie*. Vuibert.
- (8) Roisin J. (2003). *De la survivance à la vie : clinique et théorie psychanalytiques du traumatisme*, (thèse de doctorat), université catholique de Louvain, Louvain-La-Neuve.
- (9) Roisin J. (2010). *De la survivance à la vie. Essai sur le traumatisme psychique et sa guérison*. PUF, Paris.
- (10) Jacques A. et Girard N. Corps et souffrances génocidaires. Plongée dans l'univers de la déshumanisation. *Dialogue* 2012 ; 3(197):31-41.
- (11) Katzman A, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, et al. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 14(Suppl 1):S1.
- (12) Tisseron S. (2010). *Il y a résilience et résilience*. En ligne <http://www.yapaka.be/video/il-y-a-resilience-et-resilience>, consulté le 02 juin 2015
- (13) Rousseau S. Les facteurs de protection individuels, familiaux et environnementaux qui favorisent la résilience. *Revue Développement humain, handicap et changement social* 2011 ; 19(1):61-68.
- (14) Maslow A. A Theory of Human Motivation. *Psychological Review* 1943 ; 50 :370-396.
- (15) Ionescu S, Rutembesa E, Boucon V. La résilience : perspective culturelle. *Bulletin de psychologie* 2010 ; 510 :463-468.
- (16) Neuner F, Schauer M, Klaschik C, Karunakara U, Elbert T. A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugee settlement. *J Consult Clin Psychol* 2004 ; 72(4):579-587.
- (17) Centre belge d'information pharmacothérapeutique. (2015) *Répertoire commenté des médicaments*.

---

## AFFILIATIONS

(\*) Médecin, assistante candidate spécialiste en psychiatrie à orientation infanto-juvénile, Université catholique de Louvain, Belgique, [marie.liegeois@student.uclouvain.be](mailto:marie.liegeois@student.uclouvain.be).

(\*\*) Professeur, Service de psychiatrie adulte, Cliniques universitaires Saint-Luc, Université catholique de Louvain, Belgique.

## CORRESPONDANCE

Dr MARIE LIÉGEOIS

Médecin, assistante candidate  
spécialiste en psychiatrie à orientation infanto-juvénile,  
Université catholique de Louvain - Belgique  
[marie.liegeois@student.uclouvain.be](mailto:marie.liegeois@student.uclouvain.be)