

Epidémiologie et clinique du trouble du stress post traumatique chez les survivantes des violences sexuelles dans un hôpital à l'est de la République Démocratique du Congo.

Epidemiology and clinic of post-traumatic stress disorder in survivors of sexual violence in one of hospital in the east of the Democratic Republic of Congo.

Philippe Busane Amani^{1,2}, Fabien Balagizi Ganywamulume³, François Polepole Maheshe², Zacharie Tsongo Kibendelwa⁴

Pour citer cet article : Busane PA, Balagizi FG, Polepole FM, Tsongo ZK. Epidémiologie et clinique du trouble du stress post traumatique chez les survivantes des violences sexuelles dans un hôpital à l'est de la République Démocratique du Congo. Kivu Medical Journal 2025 ; 3(1), 1-9

Article reçu : 23-01-2025

Accepté : 24-03-2025

Publié : 31-03-2025

Publisher's Note: KMJ stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright : © 2025. Busane PA et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

Correspondance :

Philippe Busane Amani
Neuropsychiatre et enseignant à la faculté des Sciences de l'Education et Psychologie Clinique de l'Université Anglicane de Bukavu, Bukavu, RD Congo.

email : amanibusane@yahoo.fr

- 1 Faculté des Sciences de l'Education et Psychologie Clinique, Université Anglicane de Bukavu, Bukavu, RD Congo
- 2 Faculté de Médecine, Université de Goma, Goma, RD Congo
- 3 Faculté de Médecine, Université Evangélique en Afrique, Bukavu, RD Congo
- 4 Faculté de Médecine, Université de Kisangani, Kisangani, RD Congo

Introduction : La République Démocratique du Congo, en proie à des conflits armés depuis 1998, connaît des violences sexuelles touchant environ 1 000 femmes par jour, entraînant des problèmes de santé mentale comme le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Cette étude vise à évaluer le TSPT chez les survivantes des violences sexuelles suivies à l'hôpital de Panzi.

Méthode : Cette étude transversale a recruté 312 participantes entre septembre et décembre 2023. Les données sociodémographiques et péri-traumatiques ont été collectées, avec le dépistage du TSPT à l'échelle PCL-5. Les données étaient analysées grâce au logiciel SPSS 27, le test exact de Fisher a servi à la comparaison des variables qualitatives, considérée significative pour une p-value inférieure à 0,05. L'étude a été approuvée par un comité d'éthique médicale de l'université de Goma.

Résultats : Cette étude transversale, menée dans un hôpital de l'Est de la République Démocratique du Congo, révèle une prévalence de 51,9 % de trouble du stress post-traumatique (TSPT) chez les survivantes parmi les 312 recrutées. Les participantes, âgées en moyenne de 32 ans, présentent des caractéristiques sociodémographiques variées, avec des liens significatifs entre le TSPT et l'âge, le niveau d'éducation ($p=0,015$) et la profession ($p=0,025$). Des symptômes tels que souvenirs intrusifs, émotions négatives intenses et troubles du sommeil sont fréquents.

Conclusion : Cette étude révèle une prévalence élevée de TSPT chez les survivantes de violences sexuelles. Les résultats soulignent l'importance de l'intégration systématique des outils de dépistage du PTSD dans les pratiques de routine. La prise en charge globale, bien que présente, doit être renforcée pour répondre adéquatement aux besoins médicaux, psychologiques et sociaux des survivantes.

Mots-clés : ESPT, viol, conflit armée, Panzi

Abstract

Introduction : In the DRC, which has been in the grip of armed conflict since 1998, sexual violence affects around 1,000 women a day, leading to mental health problems such as post-traumatic stress disorder (PTSD). The aim of this study was to assess PTSD in survivors of sexual violence followed up at Panzi Hospital.

Method : This cross-sectional study recruited 312 participants between September and December 2023. Sociodemographic and peri-traumatic data were collected, with screening for PTSD using the PCL-5 scale. Data were analysed using SPSS 27 software, and Fisher's exact test was used to compare categorical variables, considered significant for a p-value of less than 0.05. The study was approved by a medical ethics committee under number UNIGOM/CEM/014/2023.

Results: This cross-sectional study, conducted in a hospital in the east of the Democratic Republic of Congo, revealed a 51.9% prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) among 312 survivors of sexual violence. The participants, with an average age of 32, had a variety of socio-demographic characteristics, with significant associations between PTSD and age, level of education ($P = 0.015$) and occupation ($P = 0.025$). Symptoms such as intrusive memories, intense negative emotions and sleep disorders were common.

Conclusion: This study reveals a 51.9% prevalence of PTSD among survivors of sexual violence. The results highlight the importance of systematically incorporating PTSD screening tools into routine practice. Although comprehensive care is available, it needs to be strengthened in order to respond adequately to the medical, psychological and social needs of survivors.

Key words: PTSD, rape, armed conflict, Panzi.

Introduction

La République démocratique du Congo (RDC) est l'un des plus grands pays d'Afrique subsaharienne et comptait près de 105,8 millions d'habitants en 2023 [1,2]. Sa partie orientale est en proie à une série de conflits armés prolongés et multiformes, constituant l'une des crises humanitaires les plus durables de l'ère moderne [3,5]. Le conflit a déclenché une cascade de crises humanitaires pouvant aller jusqu'aux violations endémiques des droits de l'homme telles que les violences sexuelles[6]. En RDC, les violences sexuelles et celles basées sur le genre touchent les femmes depuis le début du conflit en 1998 [7]. On estime à 1000, le nombre de femmes violées par jour, les jeunes filles de moins de 18 ans représentant environ 65% des victimes [7]. Nombreux problèmes de santé mentale ont été documentés dans les situations de conflit, parmi ces derniers on compte les troubles mentaux dont le trouble du stress post-traumatique [8]. Le stress posttraumatique est l'une des pathologies psychiatriques fréquemment retrouvée chez les victimes des catastrophes, de guerre, des tueries, des viols. Il s'agit d'un

désordre anxio-dépressif pouvant apparaître chez toute personne ayant fait face à un évènement traumatique [9]. Un évènement est dit traumatique lorsque la personne a été victime ou témoins d'une menace sérieuse pour sa vie ou pour son intégrité physique ou encore pour celles des autres, et répondant face à l'évènement par une expression d'effroi, d'impuissance ou d'horreur [9]. La violence sexuelle constitue un évènement traumatique, définit par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avance de nature sexuelle dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition » [10]. Elle est susceptible d'entraîner de graves problèmes de santé sexuelle et reproductive, physique et mentale, à court et à long terme pour les survivants [11]. Parmi les nombreux problèmes de santé mentale documentés dans les zones en conflit, la prévalence du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) s'est avérée constamment élevée ; allant de 15,8% en Ethiopie [8] à 74.3% Uganda [12] parmi les survivants de conflits armés échantillonnés de manière

aléatoire. Globalement, la prévalence du stress posttraumatique est variable en fonction des régions. Chez les femmes, il présente une prevalence de 2,7% le premier mois après le traumatisme aux Etats-Unis [13] et 2,9% en Europe [14]. En Algérie, cette prévalence a été évaluée à 37,4% [8], en Centre Afrique, elle est estimée à 33,33% dans la population générale, le viol multipliant par 8 son risque de survenue [15].

En République Démocratique du Congo, un pays en conflits armés récurrents, où la violence sexuelle est utilisée comme arme de guerre, la prévalence spécifique du TSPT chez les survivantes des violences sexuelles n'a pas été évaluée, cependant, la prévalence globale des troubles mentaux dans une population victime de violence sexuelle est estimée à 50,1% [16]. Les études traitant spécifiquement du stress post-traumatique chez les survivantes des violences sexuelles sont moins nombreuses dans notre contexte, cette entité étant globalement abordé avec moins d'attention dans les troubles mentaux en général consécutifs aux violences sexuelles [16,17]. Les peux d'études disponibles datent de plus de 10 ans ; cependant, étant donnée l'évolution de la définition de la pathologie dans le temps, il s'avère important d'actualiser les données présente sur la question. L'objectif de cette étude était de déterminer l'épidémiologie et la clinique du stress post traumatique chez les survivantes de violence sexuelle suivies à l'hôpital de Panzi, de Septembre à Décembre 2023.

Matériels et méthode

Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale descriptive conduite sur une période de 4 mois allant septembre à décembre 2023. L'étude a été menée dans le programme des Survivantes des Violences Sexuelles de l'Hôpital de Panzi.

Les participantes à l'étude étaient sélectionnées de manière non aléatoire par échantillonnage volontaire, le recrutement était réalisé par un membre de l'équipe de recherche formée pour cette cause. Ce qui avait permis le recrutement de 312 participantes durant la période d'étude ; pour être incluse, la patiente devait avoir été victime d'une violence sexuelle déclarée et confirmée par le médecin après examen clinique ; elle devait être âgée de 14 ans et plus et être suivie dans un pilier du programme de Survivantes des Violences Sexuelles (SVS) au moment de l'étude ; la patiente devait donner son consentement éclairé par signature d'une fiche de consentement soit par la victime elle-même ou son tuteur. Etait exclue de l'étude toute patiente ne répondant pas aux critères d'inclusion.

La collecte des données a été faite avec une fiche d'enquête comprenant les données sociodémographiques, les

données péri-traumatiques comprenant l'historique des violences et le mode de vie, les antécédents médicaux et psychiatriques. L'échelle PCL-5 [18] a été utilisé pour dépister le trouble du stress post traumatique. Il s'agit d'une échelle psychométrique compatible avec le Diagnostic Statistical Manual 5 (DSM-5), utilisé dans le dépistage de TSPT, nous avons utilisé le cut off 44 considéré comme pathologique dans la version française validée de l'outil [18]. La prise en charge des survivantes de violences sexuelles étant organisée de façon holistique selon le modèle du One Stop Center [19], répartissant les soins en quatre piliers à savoir médical, psychologique, juridique et judiciaire et socioéconomique. Les enquêtes étaient conduites dans un cadre confidentiel et dans le respect de l'anonymat.

La saisie des données était réalisée à l'aide d'un formulaire paramétré dans le logiciel Microsoft office Excel 2019 ; ce dernier ayant aussi servi dans le nettoyage et l'analyse des données étaient effectuée dans le logiciel IBM SPSS 27.

Les résultats ont été rapportés dans les tableaux d'effectifs pour les variables qualitatives, et présentés en moyenne \pm écarts type ou en médian avec extrêmes selon la distribution. La distribution était testée par le test de Shapiro-Wilk pour les variables quantitatives, elle était considérée normale pour une p-Value supérieur à 0,05. La variable dépendante était la présence ou absence du PTSD selon le cut off retenu ; le test de Chi2 était utilisé pour évaluer la corrélation entre différentes variables qualitatives et la variable dépendante avec correction de Fisher pour les effectifs théoriques inférieurs à 5 ; les résultats de ces tests étaient considérés comme significatifs pour un p-value inférieur à 0,05.

L'étude a été autorisée par le comité d'éthique médicale sous le numéro d'approbation : UNIGOM/CEM/014/2023 du 26 octobre 2023 et les résultats ont été rapportés selon le standards STROBE [20].

Résultats

Prévalence du stress post-traumatique

Sur un total de 312 survivantes de violence sexuelle qui constitue notre échantillon d'étude, 162 présentes le trouble du stress posttraumatique (TSPT) soit une prévalence de 51,9%. La figure 1 présente la prévalence du PTSD dans notre population.

Profil sociodémographique.

Sur une population recrutée de 312 survivantes des violences sexuelles, 162 soit 51,9% des participants avaient présenté l'état de stress post-traumatique, leurs âges médians était de 32 ans avec des extrêmes de 14 et 75 ans, parmi eux, 72,2% avaient l'âge compris entre 18 et 64 ans,

71% venaient des zones rurales, 59,9% étaient mariées, 45,7% n'avait pas été scolarisées et 48,7% étaient cultivatrices de profession. Nous avons noté une relation statistiquement significative entre le trouble du stress posttraumatique et l'âge ($p=0,001$) d'une part et d'autre part ; le trouble de stress posttraumatique et le niveau d'étude ($p=0,015$) ; et la profession ($p=0,025$). Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre le trouble du stress post traumatique et la provenance ($p= 0,255$) ou l'Etat-Civil ($p=0,161$) (Tableau I)

Données sociodémographiques et PTSD

Tableau I : Données sociodémographiques et PTSD

	PTSD1Int			p
	Absent n (%)	Présente n (%)	Total N (%)	
Age				
Med (Min, Max)	29 (14,95)	32 (14,75)	30 (14,95)	
< 18 ans	58 (38,7)	44 (27,2)	102(32,7)	<0,001
18-64 ans	82 (54,7)	117(72,2)	199 (63,8)	
≥ 65 ans	10 (6,7)	1(0,6)	11(3,5)	
Provenance				
Rurale	115 (76,7)	115(71,0)	230 (73,7)	0,255
Urbaine	35 (23,3)	47(29,0)	82 (26,3)	
Etat -civile avant viol				
Célibataire	72 (48,0)	65(40,1)	137 (43,9)	0,161
Mariée	78 (52,0)	97(59,9)	175 (56,1)	
Niveau d'étude				
Sans	44 (29,3)	73(45,1)	117 (37,5)	0,015
Primaire	73 (48,7)	62(38,3)	135 (43,3)	
Secondaire	33 (22,0)	26(16,0)	59 (18,9)	
Supérieure	-	1 (0,6)	1(0,3)	
Profession				
Cultivatrice	73 (48,7)	74 (45,7)	147(47,1)	0,025
Vendeuse	9 (6,0)	26(16,0)	35(11,2)	
Ménagère	2 (1,3)	-	2(0,6)	
Autres	2 (1,3)	2(1,2)	4 (1,3)	
Sans	64 (42,7)	60(37,0)	124 (39,7)	
Total	150 100,0)	162(100,0)	312(100,0)	

Clinique du PTSD

Des 162 participantes ayant présenté le trouble de stress posttraumatique, 87,7 % est arrivé à l'hôpital après 72 heures, 24,7% avait des lésions physiques, 27,8 % avait une grossesse, 43,2% avait une infection sexuellement transmissible, 30,2% prenait de l'alcool et 6,8% fumait du tabac. La relation est statistiquement significative entre stress posttraumatique et la présence des lésions physiques chez les survivantes ($p=0,030$) d'une part et le trouble du stress posttraumatique et la présence des infections sexuellement transmissibles ($p=0,041$) d'autre part. (Tableau II)

Etat clinique à l'admission et PTSD

Tableau II : Etat clinique à l'admission et PTSD

	PTSD			p
	Absent n (%)	Présente n (%)	Total N (%)	
Temps entre PEC et viol				
> 72h	132 (88,0)	142 (87,7)	274 (87,8)	0,926
≤ 72h	18 (12,0)	20 (12,3)	38 (12,2)	
Lésion physique				
Non	96 (64,0)	122 (75,3)	218 (69,9)	0,030
Oui	54 (36,0)	40 (24,7)	94 (30,1)	
Grossesse				
Non	122 (81,3)	117 (72,2)	239 (76,6)	0,058
Oui	28 (18,7)	45 (27,8)	73 (23,4)	
IST				
Non	102 (68,0)	92 (56,8)	194 (62,2)	0,041
Oui	48 (32,0)	70 (43,2)	118 (37,8)	
Notion d'alcool				
Non	114 (76,0)	113 (69,8)	227 (72,8)	0,216
Oui	36 (24,0)	49 (30,2)	85 (27,2)	
Notion de tabac				
Non	146 (97,3)	151 (93,2)	297 (95,2)	0,089
Oui	4 (2,7)	11 (6,8)	15 (4,8)	
Total	150 100,0)	162 (100,0)	312 (100,0)	

PEC : Prise en Charge, IST : Infection Sexuellement Transmissible

Vécu avec le stress post-traumatique

Sur la totalité de survivante de viol avec trouble du stress posttraumatique, 94,4% avait des souvenir répétés, pénibles et involontaire de l'expérience stressant (PCL-5 Question 1), 93,8 % se sentait mal quand quelque chose les rappelait l'événement (PCL-5 Question 4) et 96,3% essayer d'éviter les personnes et les choses qui rappelaient l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objet (PCL5 question 7). Dans cette même série, 93,8% avait des croyances négatives sur eux, sur les autres, et sur le monde (PCL5 Question 9), 97,5 % avait les sentiments négatifs intenses tels que la peur, l'horreur, colère, la culpabilité ou la honte (PCL-5 Question 11), 93,2% avait perdu l'intérêt pour les activités qu'il aimait auparavant (PCL5 question 12), 98,1 % avait du mal à éprouver les sentiments positifs (par ex : être capable de ressentir de la joie ou de l'amour envers les proches) (PCL-5 Question 14). Il a été observé que 96,9% dans cette série ont du mal à se concentrer (PCL5 Question 19), 98,8% avait du mal à retrouver le sommeil ou à rester endormi (PCL-5 Question 20). Par contre la relation n'est pas statistiquement significatives entre le trouble du stress posttraumatique et durée entre la prise ne charge et le viol ($p=0,926$), la présence de la grossesse ($p=0,058$), la prise de l'alcool ($p=0,216$) et le fait de fumer le tabac ($p=0,089$). (Tableau III)

Manifestations du PTSD selon le DSM-5 à l'admission

Tableau III : Manifestations du PTSD selon le DSM-5 à l'admission

		Manifestations selon le DSM-5		Total
		Absente	Présente	N = 162
		n (%)	n (%)	
Manifestations B				
Présentes	PCL-5 Q1	7 (4,3)	153 (94,4)	160 (98,8)
	PCL-5 Q2	32 (19,8)	128 (79,0)	160 (98,8)
	PCL-5 Q3	29 (17,9)	131 (80,9)	160 (98,8)
	PCL-5 Q4	8 (4,9)	152 (93,8)	160 (98,8)
	PCL-5 Q5	35 (21,6)	125 (77,2)	160 (98,8)
Absentes		2 (1,2)	-	2 (1,2)
Manifestations C				
Présentes	PCL-5 Q6	15 (9,3)	143 (88,3)	158 (97,5)
	PCL-5 Q7	2 (1,2)	156 (96,3)	158 (97,5)
Absentes		4 (2,5)	-	4 (2,5)
Manifestations D				
Présentes	PCL-5 Q8	108 (66,7)	54 (33,3)	162 (100,0)
	PCL-5 Q9	10 (6,2)	152 (93,8)	162 (100,0)
	PCL-5 Q10	58 (35,8)	104 (64,2)	162 (100,0)
	PCL-5 Q11	4 (2,5)	158 (97,5)	162 (100,0)
	PCL-5 Q12	11 (6,8)	151 (93,2)	162 (100,0)
	PCL-5 Q13	49 (30,2)	113 (69,8)	162 (100,0)
	PCL-5 Q14	3 (1,9)	159 (98,1)	162 (100,0)
Manifestations E				
Présentes	PCL-5 Q15	20 (12,3)	142 (87,7)	162 (100,0)
	PCL-5 Q16	98 (60,5)	64 (39,5)	162 (100,0)
	PCL-5 Q17	20 (12,3)	142 (87,7)	162 (100,0)
	PCL-5 Q18	37 (22,8)	125 (77,2)	162 (100,0)
	PCL-5 Q19	5 (3,1)	157 (96,9)	162 (100,0)
	PCL-5 Q20	2 (1,2)	160 (98,8)	162 (100,0)

Prise en charge

La prise en charge a été conduite selon le modèle du One Stop Center, étant un modèle holistique, il est reparti en 4 piliers notamment le pilier médical, psychologique, social et juridique. Cependant, au moment de notre étude, dépendamment de l'état clinique et psychologique des participantes, 96,9% étaient en train de bénéficier d'une prise en charge psychologique, 27,8% avaient reçu la prise en charge chirurgicale, 90,1% médicale, 39,5% juridique et 22,2% socioéconomique.

La relation est statistiquement significative entre le trouble du stress posttraumatique et la prise en charge médicale ($p=0,005$), la prise en charge chirurgicale ($p=0,031$), la prise en charge socioéconomique ($p=0,001$). Dans cette série, cette relation n'est pas statistiquement significative entre le trouble du stress posttraumatique et la prise en charge psychologique ($p=0,321$), mais aussi entre le trouble de stress traumatique et la prise en charge juridique ($p=0,131$). (Tableau IV)

Tableau IV : Prise en charge holistique

Tableau IV : Prise en charge holistique

	PTSD			p
	Absent	Présente	Total	
	n (%)	n (%)	N (%)	
PEC médical				
Non	32 (21,3)	16 (9,9)	48 (15,4)	0,005
Oui	118(78,7)	146(90,1)	264(84,6)	
PE chirurgical				
Non	91 (60,7)	117(72,2)	208(66,7)	0,031
Oui	59 (39,3)	45 (27,8)	104(33,3)	
PEC psychologique				
Non	8 (5,3)	5 (3,1)	13 (4,2)	0,321
Oui	142(94,7)	157(96,9)	299(95,8)	
PEC Juridique				
Non	78 (52,0)	98 (60,5)	176(56,4)	0,131
Oui	72 (48,0)	64 (39,5)	136(43,6)	
PEC Socioéconomique				
Non	90 (60,0)	126(77,8)	216(69,2)	0,001
Oui	60 (40,0)	36 (22,2)	96 (30,8)	

Discussion

Dans notre série, 312 survivantes de violences sexuelles ont participé à notre étude. 162 d'entre-elles présentaient le trouble du stress posttraumatique (TSPT) soit une prévalence de 51,9%. En effet, cette prévalence est variable dans le temps et dans l'espace ; Matondo et al., à Bangui ont trouvé une prévalence de 33,3% ($n=35$) [15], Verrhey et al, à Harare avaient notés 40,7% ($n=83$) de prévalence [21], Ataigba et al dans une commune du nord-ouest Bénin 24,3% [22]. Ataigba et al., à Parakou ont noté 10,63% [23], Rim Feki et al, à Sfax-Tunisie avaient noté 40% [24], et Tine et al au Sénégal 25,7% ($n=138$) [25]. Dans les zones en conflits armées récurrents, cette prévalence est encore plus élevée, pouvant atteindre jusqu'à 74,3% de probable TSPT, comme documenté dans la région du nord en Uganda [12]. Les estimations de la fréquence de PTSD dans les zones post conflits de l'Afrique de l'ouest notent une fréquence variant entre 10% et 50% dans la population générale [26,27]. Ces différences de prévalence avec notre étude, sont liées au fait que notre étude était spécifique aux survivantes de violences sexuelles dans une zone en conflits armées récurrents. L'âge médian était de 32 ans dans notre population avec des extrêmes de 14 et 75 ans. Ces résultats sont proches de ceux trouvés à Bangui en Centre Afrique par Matonda et al notant un âge médian de 30 ans [15]; cependant, ils sont supérieurs à ceux trouvés par Ataigba et al [23] à Parakou au Bénin avaient noté l'âge médian de 20,56 ans [23]. Nous avons trouvé que la tranche de 18 à 64 était la plus représentée avec 72% des survivantes. Pour Ataigba et al, 67,3% des survivantes venaient de la tranche de 16 à 25 ans [22], Dossa N a trouvé la tranche d'âge de 15 à 45 ans [17]. Ces tranches d'âges

sont presque pareilles que la tranche d'âge touchée dans notre échantillon, dans le sens où la tranche d'âge de 18 à 64 ans constitue la deuxième, celle-ci étant cependant une tranche d'âge proactive sur le plan physique, socioéconomique, intellectuel et la plus sexuellement active. Dans un contexte de conflits armés récurrents, où le viol servirait comme arme de guerre, cette tranche serait la cible des bourreaux pour affaiblir une société active.

Quant à la provenance, 71% de participants ayant présenté le TSPT venaient des zones rurales. Malgré cela, nous n'avons pas noté de différence statistiquement significative liée au milieu de vie. Fisseha et al. [28] notent des résultats similaires. En effet, selon Fisseha et al. [28], toutes les survivantes, qu'elles vivent en milieu rural ou urbain, semblent partager le même niveau de conséquences mentales, psychologiques et sanitaires à la suite de violences sexuelles. Une hypothèse validée par nos résultats. Rim Feki et al ont trouvé que le stress posttraumatique est associé à une provenance urbaine [24]. Cette différence serait liée au fait que dans notre contexte où les conflits armés sont récurrents, les zones rurales étant moins sécurisées que les zones urbaines, elles deviennent la cible potentielle des différents chefs rebelles, justifiant ainsi la prédominance rurale dans notre étude ; elle serait aussi liée au fait que dans certaines zones culturelles majoritairement rurales où les codes moraux sont stricts [29], les femmes violées ne signalent pas systématiquement les incidents par crainte de l'aliénation familiale et de la stigmatisation par leur communauté. Dans les pays à faible revenu, les filles violées sont souvent rejetées par leurs parents, et les femmes violées sont rejetées par leur mari ; contribuant ainsi à une sous-déclaration du problème dans les milieux ruraux et justifiant ainsi différentes répartition géographiques dans différentes études [29]. Dans notre étude, 59,9% était mariée. Nos résultats corroborent ceux de Dossa N et al qui ont trouvé que les femmes mariées violées et présentant le stress posttraumatique à Goma, étaient majoritaire avec 64% que les célibataires (17%) [17]. Ce nombre élevé des femmes mariées dans notre contexte trouve une explication géoculturelle, où dans certains foyers dans les régions en proie à la guerre en RD Congo, la femme est la pièce maîtresse de la famille, se retrouvant le plus souvent seule en des endroits incertains comme par exemple dans les champs, constituant des endroits stratégiques des bourreaux. Les femmes mariées sont aussi moins protégées dans la société que les jeunes filles célibataires. 45,7% de notre population est faites d'analphabète. Nos résultats diffèrent de ceux de Dossa N qui a trouvé 38% de ceux qui n'ont jamais fréquenté l'école [17]. Les femmes analphabètes sont sous-informées et sont

plus impliquées dans les activités champêtres loin des villes à la différence des femmes instruites qui sont dans les activités intellectuelles dans des zones en sécurité. Pour ce qui concerne la profession, 48,7% était cultivatrice ; Dossa N. a trouvé plus de 38% dans le petit commerce de quartier [17]. En effet, les cultivatrices passent la grande partie de leurs moments aux champs qui sont pour la majorité, des champs situés loin des zones à agglomération populaires, constituant les zones d'opération des bourreaux.

Un nombre important des survivantes avec trouble de stress posttraumatique, soit 87,7% est arrivé à l'hôpital après 72 heures. Lorsque la femme ne saigne pas, lorsqu'elle a peur de la stigmatisation et du rejet par le mari, la majorité cache les drames. Elle fréquentera une structure de soins le jour où elle sera sensibilisée ou soit le jour qu'elle verra les complications apparaître. 24,7% avait des lésions physiques. Au Service de médecine légale de l'Hôpital de Sidi Bouzid, les survivantes avaient des lésions surtout aux membres inférieurs (43,4 %), membres supérieurs (60,8 %) et ; de déchirure de l'hymen (64,3 %) [30]. Nos résultats diffèrent de ceux trouvés au Service de médecine légale de l'hôpital de Sidi Bouzid du fait que nos malades arrivaient tardivement à l'hôpital, parfois après avoir transité d'une structure de soins. 27,8 % de nos enquêtées avait une grossesse. En Ethiopie, Omba et al ont trouvé 17% de grossesse chez les survivantes de viol adolescentes avec Stress Post Traumatique, il renchérit en présentant un taux de 5% de grossesses issu du viol chez une population similaire [31], ce qui le différencie de nos résultats suite à la différence des populations ainsi que des milieux d'études. 43,2% avait une infection sexuellement transmissible. Nous avons noté un lien statistiquement significatif entre le trouble du stress posttraumatique et la présence des infections sexuellement transmissibles ($p=0,041$). Au Sud-Kivu (Est de la RD Congo), une étude réalisée dans le cadre d'un programme de dépistage volontaire a mis en évidence une séroprévalence du VIH de 4% chez les survivantes de viol [32]. 30,2% prenait de l'alcool et 6,8 fumait du tabac. Une étude effectuée au Rwanda a prouvé que 10,0 % des personnes atteintes de TSPT sont dépendantes à l'alcool, tandis que 7,9 % le sont aux drogues [33].

En présence de trouble du stress posttraumatique, les personnes atteintes font recours aux substances psychoactives pour anesthésier la souffrance psychique. Sur la totalité de survivante de viol avec trouble du stress posttraumatique ; 94,4% avait des souvenirs répétés, pénibles et involontaire de l'expérience stressante (PCL-5 Question 1) ; 93,8 % se sentait mal quand quelques choses

les rappelaient l'événement (PCL-5 Question 4) ; 96,3% essayé d'éviter les personnes et les choses qui rappelaient l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objet (PCL5 question 7), 93,8% avait des croyances négatives sur eux, sur les autres, et sur le monde (PCL5 Question 9) ; 97,5 % avait les sentiments négatifs intenses tels que la peur, l'horreur, colère, la culpabilité ou la honte (PCL-5 Question 11) ; 93,2% avait perdu l'intérêt pour les activités qu'il aimait auparavant (PCL5 question 12) ; 98,1 % avait du mal à éprouver les sentiments positifs (par ex : être capable de ressentir de la joie ou de l'amour envers les proches) (PCL-5 Question 14) ; 96,9% a du mal à se concentrer (PCL5 Question 19) ; 98,8% avait du mal à retrouver le sommeil ou à rester endormi (PCL-5 Question 20). Ces résultats notent la sévérité des manifestations du TSPT dans notre population. Aboubacar et al. [34], dans une étude menée chez les déplacés internes au Burkina Faso utilisant l'outil PCL-5, notent des symptômes proches, avec 19,79% des symptômes d'intrusion, 32,81% des symptômes d'évitement, de 18,75% des symptômes d'hyperactivation neurovégétative et de 26,81% des symptômes d'altérations des cognitions et de l'humeur [34]. La différence notée entre ses résultats et les nôtres est liée au fait que nos analyses n'ont été menées que sur les survivantes ayant atteint le cut off de 44 considéré comme pathologique du stress post-traumatique dans notre étude. Pour la régulation émotionnelle dans le cadre de la gestion du TSPT de nos enquêtées, le modèle holistique était mise application selon 4 piliers à savoir médical, psychologique, social et juridique. Cependant, 96,9% avait bénéficié d'une prise en charge psychologique, 27,8% chirurgicale, 90,1% médicale, 39,5% juridique et 22,2% socioéconomique.

Nous avons trouvé que la relation est statistiquement significative entre la présence du Trouble du Stress Post Traumatique et la prise en charge médicale ($p=0,005$), la prise en charge chirurgicale ($p=0,031$), la prise en charge socioéconomique ($p=0,001$) ; alors que non statistiquement significative avec la prise en charge psychologique ($p=0,321$) et la prise en charge juridique ($p=0,131$). La prise en charge psychologue et juridique ont soulagées nos enquêtées violées et qui présentaient le tableau du TSPT, alors que le médical, la chirurgie et la réinsertion socioéconomique n'ont que contribué au maintien de la souffrance. Ce qui s'expliquerai par le fait que, la prise en charge médicale et chirurgicale sont fonction des différents diagnostics et peuvent être accompagné du stress de la maladie. Selon Bahati et al [35] la prise en charge psychologique avec toutes les techniques possibles aide beaucoup de victimes de rebondir ou surmonter les conséquences liées à la violence. Selon une meta-analyse

qui recouvrait 17 études contrôlées et incluait un total de 690 patients avec Trouble du Stress Posttraumatique, la psychothérapie avait un effet thérapeutique modéré, mais statistiquement significatif de la psychothérapie dans le traitement du TSPT .

Limites

Cette étude, comme toute œuvre humaine, comporte certaines limites, l'échantillonnage non aléatoire pouvant introduire un biais de sélection, les participantes pouvant parfois différer de celles qui ne participent pas ; cependant, l'échantillon de 162 personnes étant acceptable, il peut ne pas être représentatif de toutes les survivantes de violences sexuelles en RDC présentant le TSPT. En raison du taux élevé d'analphabétisme avec 45,7% de participantes n'ayant jamais été à l'école pour certaines, et les difficultés linguistiques pour d'autres, les participantes avaient besoin d'aide pour remplir l'outil utilisé (le PCL-5). Certains éléments plus difficiles à comprendre en langue usuelle ont été traduits par le psychiatre en swahili, et en cas de nécessité, dans une autre langue usuelle dans la région où l'étude a été réalisée, pour faciliter la compréhension. Aucune validation interculturelle de l'outil n'a été réalisée préalablement étant donnée les conditions d'urgence sanitaire dans lesquelles l'étude a été menée ; il s'avère nécessaire pour les études ultérieures. Pour le seuil diagnostique, nous avons utilisé le cut off de 44 pour le dépistage du PTSD, comme utilisé par d'autres auteurs dans la région [37], ce cut off, étant supérieur à celui proposé par nombreux auteurs dans d'autres régions, il pourrait aider à réduire les faux positifs [37,38]. Cette étude ayant été menée dans une région en proie aux conflits armés récurrents, avec leurs impacts sur la santé mentale réparti sur près de 3 décennies. Certaines participantes vivantes dans des zones en conflits actifs pourraient avoir souffert de TSPT avant viol. Ce qui fait donc que ces résultats ne soient pas entièrement généralisables à d'autres populations de survivantes provenant de contextes différents. Enfin, la durée d'étude de quatre mois peut être insuffisante pour observer des changements significatifs dans la santé mentale des participantes.

Conclusion

Cette étude met en lumière la prévalence du TSPT chez les survivantes de violences sexuelles dans un hôpital de l'est de la République Démocratique du Congo, avec un taux de 51,9%. Les résultats révèlent des caractéristiques sociodémographiques significatives, notamment l'âge, le niveau d'éducation et la profession, qui sont associés à l'apparition du TSPT. De plus, les vécus cliniques des

participantes soulignent l'impact profond et durable des violences subies, avec des symptômes tels que des souvenirs intrusifs, des difficultés émotionnelles et des troubles du sommeil. La prise en charge des survivantes, bien que mise en œuvre selon un modèle holistique, nécessite une attention particulière pour améliorer l'efficacité des soins médicaux, chirurgicaux et la réintégration socio-économique. Il est essentiel de renforcer les ressources disponibles et de sensibiliser les professionnels de santé aux besoins spécifiques de cette population vulnérable. L'intégration des outils de dépistage du TSPT tel que le PCL-5 dans les pratiques de routine de prise en charge des survivantes s'avère aussi importante. Enfin, cette étude souligne l'urgence d'initiative visant à prévenir les violences sexuelles et à soutenir les survivantes, contribuant ainsi à une meilleure santé mentale et à la réhabilitation des victimes.

Références

1. Overview [Internet]. World Bank. [cité 28 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.worldbank.org/en/country/drc>
2. World Bank Open Data [Internet]. World Bank Open Data. [cité 28 déc 2024].
3. Autesserre S. The trouble with the Congo: Local violence and the failure of international peacebuilding [Internet]. Vol. 115. Cambridge University Press; 2010 [cité 28 déc 2024].
4. Cojocar A. Ongoing Humanitarian Crisis and Peace Process in The Democratic Republic of the Congo. *Euro-Atl Stud.* 2022;(5):57-89.
5. Soderlund WC, Briggs ED, Najem TP, Roberts BC. Africa's Deadliest Conflict: Media Coverage of the Humanitarian Disaster in the Congo and the United Nations Response, 1997–2008 [Internet]. Wilfrid Laurier Univ. Press; 2012 [cité 28 déc 2024]
6. Bartels S. « Now, the world is without me »: an investigation of sexual violence in Eastern Democratic Republic of Congo. 2010 [cité 28 déc 2024];
7. Lugova H, Samad N, Haque M. Sexual and Gender-Based Violence Among Refugees and Internally Displaced Persons in the Democratic Republic of the Congo: Post-Conflict Scenario. *Risk Manag Healthc Policy.* déc 2020, 13(1):2937-48.
8. De Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M, El Masri M, Araya M, Khaled N, et al. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *Jama.* 2001;286(5):555-62.
9. Guze SB. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV). *Am J Psychiatry.* août 1995;152(8):1228-1228.
10. WH O_RHR_12.37_fre.pdf [Internet]. [cité 26 déc 2024].
11. Organization WH. Violence against women: intimate partner and sexual violence against women: evidence brief. World Health Organization; 2019 [cité 28 déc 2024].
12. Vinck P, Pham PN, Stover E, Weinstein HM. Exposure to war crimes and implications for peace building in northern Uganda. *Jama.* 2007;298(5):543-54.
13. Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *Am J Psychiatry.* 1997;154(8):1114-9.
14. Lemperière T, Féline A, Adès J, Hardy P, Rouillon F. *Psychiatrie de l'adulte. NPG Neurol-Psychiatrie-Gériatrie.* 2007;7(37):42.
15. Mpembi MN, Lukeba T, Mayemba D, Massamba VK, Nzuzi M, Gokara S, et al. Stress syndrome in patients receiving outpatient treatment at the General Hospital, in Bangui, in a context of armed conflict. *Pan Afr Med J.* 2018;29:26-26.
16. Johnson K, Scott J, Rughita B, Kisielewski M, Asher J, Ong R, et al. Association of sexual violence and human rights violations with physical and mental health in territories of the Eastern Democratic Republic of the Congo. *Jama.* 2010;304(5):553-62.
17. Dossa NI, Zunzunegui MV, Hatem M, Fraser WD. Mental Health Disorders Among Women Victims of Conflict-Related Sexual Violence in the Democratic Republic of Congo. *J Interpers Violence.* août 2015;30(13):2199-220.
18. Ashbaugh AR, Houle-Johnson S, Herbert C, El-Hage W, Brunet A. Psychometric validation of the English and French versions of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5). *PloS One.* 2016;11(10):e0161645.
19. One Stop Centers | Panzi Foundation & Hospital [Internet]. Fondation Panzi. [cité 28 déc 2024].
20. Cuschieri S. The STROBE guidelines. *Saudi J Anaesth.* 2019;13(Suppl 1):S31-4.
21. Verhey R, Gibson L, Brakarsh J, Chibanda D, Seedat S. Prevalence and correlates of probable post-traumatic stress disorder and common mental disorders in a population with a high prevalence of HIV in Zimbabwe. *Eur J Psychotraumatology.* 1 janv 2018;9(1):1536286.
22. Ataigba INE, Aza-Gnandji GG, Anagonou L, Atade SR, Vodouhe TYS, Olougbejni KE, et al. Article 2.

- État de stress post traumatique lié au premier rapport sexuel (Bénin, 2023). *Psy Cause*. 2024;(S1):33-50.
23. Ataigba INE, Moussa D, Zika OO, Dotou F, Tokpanoude CI, Djidonou A, et al. Sexual Assault and Its Psychopathological Repercussions in the Life of Female Students in Northeastern Benin (2023). *Open J Psychiatry*. 2024;14(3):163-78.
 24. Feki R, Zouari L, Majdoub Y, Omri S, Gassara I, Smaoui N, et al. Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder in road traffic accidents. *Pan Afr Med J*. 2024;47:89-89.
 25. Tine JAD, Tine Y, Ba EHM, Seck MC, Sine B, Dieng AC, et al. Étude des facteurs de risque des états de stress post-traumatique (ESPT) chez les casques bleus sénégalais en mission de maintien de la paix au Darfour (Soudan). *Int J Innov Appl Stud*. 2019;26(2):486-97.
 26. Fox SH, Tang SS. The Sierra Leonean refugee experience: Traumatic events and psychiatric sequelae. *J Nerv Ment Dis*. 2000;188(8):490-5.
 27. Tang SS, Fox SH. Traumatic experiences and the mental health of Senegalese refugees. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189(8):507-12.
 28. Fisseha G, Gebrehiwot TG, Gebremichael MW, Wahdey S, Meles GG, Gezae KE, et al. War-related sexual and gender-based violence in Tigray, Northern Ethiopia: a community-based study. *BMJ Glob Health*. 2023;8(7):e010270.
 29. Kelly JT, Betancourt TS, Mukwege D, Lipton R, VanRooyen MJ. Experiences of female survivors of sexual violence in eastern Democratic Republic of the Congo: a mixed-methods study. *Confl Health*. déc 2011;5(1):25.
 30. Thaljawi W, Guiga A, Bahloul AR. Les femmes victimes d'agression sexuelle à Sidi Bouzid: Profil épidémiologique et intervention médico-judiciaire. *Rev Médecine Légale*. 2023;14(4):100377.
 31. JC OK. Les violences sexuelles en République Démocratique du Congo: quelles conséquences sur le plan de la santé publique? *Médecine Trop*. 2008;68(6):576-8.
 32. KAF-AFRICA - Accueil [Internet]. [cité 28 déc 2024]. Disponible sur: <https://kaf-africa.org/news/19/15/Rapport-VIH-novembre-2006-a-decembre-2007.html>
 33. Mahoro NP. Prévalence de l'ESPT dans la population rwandaise: diversités de figures cliniques et comorbidités [Internet] [PhD Thesis]. CiteSeer ; 2015 [cité 28 déc 2024].
 34. Barry A, Birba D. Approche dimensionnelle de la symptomatologie du trouble de stress post-traumatique et stratégies de régulation émotionnelle chez les personnes déplacées internes au Burkina faso. [Cité 28 déc 2024];
 35. Donatus BSJ. L'apport de la prise en charge psychologique sur la résilience chez les victimes des violences sexuelles à Kananga. [Cité 28 déc 2024];
 36. Sherman JJ. Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: A meta-analysis of controlled clinical trials. *J Trauma Stress*. Juill 1998;11(3):413-35.
 37. Kaputu-Kalala-Malu C, Musalu EM, Walker T, Ntumba-Tshitenge O, Ahuka-Mundeke S. PTSD, depression and anxiety in Ebola virus disease survivors in Beni town, Democratic Republic of the Congo. *BMC Psychiatry*. Déc 2021;21(1):342.
 38. VA.gov | Veterans Affairs [Internet]. [cité 28 déc 2024].
-